

診療情報提供書 (PET-CT検査依頼)

年 月 日

トヨタ記念病院 放射線科PET室 担当医 宛

*検査希望日 ①	年	月	日	時頃	病医院名			
②	年	月	日	時頃	診療科	科	医師名	印
③	年	月	日	時頃	TEL	FAX		

(フリガナ) 患者氏名		男・女 様	生年月日	明・大 昭・平 令	年	月	日	( 歳)
住 所	TEL							

放射線検査正当性のインフォームドコンセントをお願い致します。  済

※保険診療で検査希望の場合は下記について必ずご記入ください。保険適用外の場合にはご連絡さしあげます。

<b>1</b>	<b>【対象病名】対象病名にチェックをお願いします。</b>		<b>貴院患者様ID</b> ( ) ※未記入可
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く。)	・他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者		
<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 自費診療	保険適用外疾患 ※PET-CTの保険請求は6ヶ月に1回となります (疾患名: )		

<b>2</b>	<b>【依頼目的・臨床経過・既往歴 (病名、手術、病理診断など)】</b>			
	身長・体重 (ともに必須)	身長	cm・	体重
				kg
	糖尿病(必須)	有 ・ 無		
	画像検査歴	CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他( )		
	腫瘍マーカー	CEA( )		SCC( )
		CA19-9( )		その他( )
	組織型	adeno( )		SCC( ) その他( )
	病期	T	N	M stage( )
なお、検査後の結果について後日ご連絡をお願いいたします。				

<b>連絡事項</b>	※検査結果は、後日、郵送いたします。(検査結果をお急ぎの場合は下記へお問合せ下さい。) ※保険証は検査当日に持参するようご案内をお願いいたします。 ご参考) 保険診療3割負担の場合：約3万円程度<2020年診療報酬点数表より> トヨタ記念病院 地域医療連携グループ [TEL] 0565-74-3091 [FAX] 0565-29-8828 2021.10 改
-------------	---