

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。

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| 1 | 【対象病名】対象病名にチェックをお願いします。 | | 貴院患者様ID () ※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:) | | |

| | | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-------|---------------|
| 2 | 【依頼目的・臨床経過・既往歴 (病名、手術、病理診断など)】 | | | |
| | 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。 | | | | |

| | |
|-------------|--|
| 連絡事項 | ※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 |
|-------------|--|