

PET/CT検査紹介状(診療情報提供書)

名古屋セントラル病院
放射線科 担当医

貴医療機関名

住 所

自費

電話番号

保険適用 (※欄は必須項目となります
必ずご記入願います)

ご担当医名

国保 社保 その他()

フリガナ ※ 患者氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 ※ 年 月 日生(歳)																								
※ 病名	悪性腫瘍確定病名 ()	※ 検査目的 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 病期診断(保険適用不可)																								
※ 他の検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(実施時期 年 月、同月検査は保険適用不可) 過去三か月以内にCT・MRIの画像診断が施行されている場合のみ保険適用になります。必ず参考画像等を持参ください																									
※ 病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	※ 告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																								
※ 撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり() 希望なしの場合は頭頂～大腿基部となります																									
※紹介目的、既往歴及び家族歴、病状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方 (別紙添付可)																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">※ 腫瘍マーカー・その他</td> </tr> <tr> <td>検査日</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>CEA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CA19-9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CA125</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SCC</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			※ 腫瘍マーカー・その他			検査日	/	/	CEA			CA19-9			CA125			SCC								
※ 腫瘍マーカー・その他																										
検査日	/	/																								
CEA																										
CA19-9																										
CA125																										
SCC																										
※ 検査前確認事項 検査前1週間以内のバリウム検査と検査前日及び当日のヨード造影剤の使用は必ずお控えください																										
手術歴	年 月	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(インシュリン ・ 内服)																							
	年 月	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり メーカー名()																							
化学療法	年 月	付属物等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 気管切開																							
	年 月	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																							
放射線治療	年 月	撮影30分間の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可()																							
	年 月	妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 可能性あり																							
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	患者移送方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー																							

備考: 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください