

PET-CT 検査 情報提供書

【患者名】

ふりがな

氏名 _____ 外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療	※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		
診断名		病理診断	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(※悪性リンパ腫のみ)		
臨床経過 既往歴	【注意】単に「悪性腫瘍の疑い」「腫瘍マーカー高値」のみ等は、保険診療の適応となりません。		
実施した画像診断 ()内に3ヶ月以内の 実施日を記入してください。 【注意】3カ月以内に他画像検査を 受けていないと、保険診療の適応とな りません。	<input type="checkbox"/> CT (年 月 日) <input type="checkbox"/> MRI (年 月 日) <input type="checkbox"/> エコー (年 月 日)	※検査画像がありましたら、必ずご持参ください。	

検査に必要な確認事項

■身長 cm ■体重 kg

- 糖尿病(なし・あり) → 「あり」の場合の治療の内容(インスリン 単位、内服薬)
- 閉所恐怖症(なし・あり) ●妊娠(なし・あり) ●腎機能障害(なし・あり)
- 感染症(なし・あり) → 「あり」の場合、その部位、種類()
- リウマチ(なし・あり) → 「あり」の場合、その部位()

その他、検査に関わる留意点

- 認知症(なし・あり) ●車いす(なし・あり) ●ストレッチャー(なし・あり)
- 過去にPET-CT検査を受けたこと(なし・あり) 【注意】PET-CT検査を6カ月以内に受けていると、保険診療の適応となりません。
- 1週間以内にバリウム検査(なし・あり)

送信先 地域医療連携室 FAX 0564-25-6720

岡崎市民病院

TEL 0564-21-8111(代表) TEL 0564-66-7410(病診連携室直通)