

診療情報提供書(PET検査用) 用紙①

記入要領①

〈紹介先〉ちばなクリニック PET・RIセンター担当医 殿

年 月 日

患者さまについて		貴医療機関について	
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	医療機関の所在地および名称	
氏名	<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	年 月 日 歳	電話番号	
住所	〒	FAX番号	
		貴科名	
連絡先	() -	ご担当医師	

記入必須事項

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください。)

撮像範囲	<input type="checkbox"/> 基本撮影(頭部～大腿基部まで) <input type="checkbox"/> 下肢評価 <input type="checkbox"/> 頭部評価 <input type="checkbox"/> 心臓評価
疾患名	※てんかんの診断、又は早期胃癌を除く癌・悪性腫瘍は全て適応となります。(注意:疑い病名は含まれません。)
検査 ※CD-R 要持参	※ 検査画像は読影時に必要です。患者様に持たせて下さい。
	<input type="checkbox"/> CT (最終検査日: 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> MR (最終検査日: 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> US (最終検査日: 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (最終検査日: 年 月 日) (注) 同月内にガリウムシンチが実施されている場合、PET検査は保険適応外となります。
<input type="checkbox"/> 病理診断検査 (最終検査日: 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査 (最終検査日: 年 月 日)	
臨床経過・現在の処方 等	
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 術式) <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 術式) <input type="checkbox"/> 無

通常、撮影範囲は足の付け根から頭頂部の撮影となっております。特別に下肢撮影・頭部撮影・心臓撮影が必要な場合はご記入ください。

疾患名をご記入ください。
※保険適応要項をご確認ください。

最終検査日のご記入をお願い致します。
※検査画像は、読影時に必要です。必ず患者様に持参させてください。

実施された検査の種類、結果がどうであったか等を具体的にご記入ください。

※ 用紙②の検査確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません

記入要領②

診療情報提供書(PET検査用) 用紙②

患者さまについて		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男
氏名		<input type="checkbox"/> 女

年 月 日

記入必須事項

※ PET検査は、原則として日常生活動作(ADL)の良好な方を対象といたします。
 ※ 小児患者様は、PET検査をお受け出来ない場合があります。
 また、患者様の状態によっては、ご家族の方の付き添いをお願いすることがあります。

〈紹介先〉ちばなクリニック PET・RIセンター担当医 殿

検査前確認事項

身長	cm	体重	kg
告知の有無	<input type="checkbox"/> 告知している	<input type="checkbox"/> 未告知	
現状況	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 退院予定(年 月 日)
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
排尿方法(オムツ)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> フォーリー
20分静止	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可()	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(内服 ・ インスリン 空腹時血糖 mg/dl)	
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
ペースメーカーの有無 (有の際は必ず手帳持参)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (メーカー名: 機種名:)	
合併症等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他()
感染症等	HBV (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未) HCV (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未) その他()		

投与量の基準となります。ご記入ください。

患者様への事前連絡・案内方法など、配慮させていただきます。

入院中の検査は、算定が異なる場合がございます。
必ずご記入ください。

撮影を行なうにあたっての確認事項です。
必ずご記入ください。
※糖尿病の方は撮影時間を考慮させていただきます。

妊娠中の方、またはその疑いのある方は受診できません。

検査可能かどうかの判断となります。
ペースメーカー装着等の有無をご記入ください。

※ 用紙①の保険診療確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません