診療情報提供書（PET検査用）

〈 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		
フリガナ		□ 男
氏名		□ 女
生年月日	年　月　日　歳	
身長/体重	ｃｍ	ｋｇ
住所	〒	
連絡先	（　　）　　－	

貴医療機関について	
医療機関の所在地および名称	
電話番号	
FAX番号	
貴科名	
ご担当医師	

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	□ 基本撮影（頭部～大腿基部まで）　□ 下肢評価　□ 頭部評価　□ 心臓評価		
疾患名	□ 悪性腫瘍（病名：　　） ※早期胃がんは保険適応外 □ 大型血管炎（ □高安動脈炎　□巨細胞性動脈炎 ） □ 心サルコイドーシス □ 難治性てんかん □ その他（ ）	告知の有無	□ 告知すみ □ 未告知
検査	※検査画像は読影時に必要です。CD-Rを患者様に持たせて下さい。 □ ＣＴ　（ 最終検査日 ： 年　月　日 ） □ ＭＲ　（ 最終検査日 ： 年　月　日 ） □ ＵＳ　（ 最終検査日 ： 年　月　日 ） □ ガリウムシンチ　（ 最終検査日 ： 年　月　日 ） ※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。		
	□ 病理診断検査　（ 最終検査日 ： 年　月　日 ） □ 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 ※貴医療機関所定の紹介状添付でも可			
手術歴	□ 有　（　年　月　日　術式　　）　□ 無 □ 有　（　年　月　日　術式　　）　□ 無		

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

社会医療法人　敬愛会

ちばなクリニック Chibana Clinic KEIAIKAI

PET・RIセンター

〒904-2143　沖縄市知花6丁目25番15号（コンシュル知花内）

（直通）ＴＥＬ．098-939-1302　ＦＡＸ．098-939-1309