

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

記入要領

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

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	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (病名:) <small>※早期胃がんは保険適応外</small> <input type="checkbox"/> 大型血管炎 (<input type="checkbox"/> 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 巨細胞性動脈炎) <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 難治性てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()	告知の有無	<input type="checkbox"/> 告知済み <input type="checkbox"/> 未告知	
検査	<small>※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。</small>			
	<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
<small>※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。</small>				
<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 <small>※貴医療機関所定の紹介状添付でも可</small>			
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。

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