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