

診療情報提供書(PET検査専用依頼書)

記載日 年 月 日

■ 紹介先 ■

札幌南三条病院 地域連携室

〒060-0063 札幌市中央区南3条西6丁目

直通FAX 011-233-3020

直通TEL 011-233-3010

■ 紹介元医療機関 ■

住所 〒 -

名称

TEL

FAX

診療科医師氏名

科

フリガナ			患者様住所	〒	-
患者様氏名	様	男・女		自宅)	-
生年月日	(大・昭・平)	年 月 日(歳)	電話番号	携帯)	-

※自宅・携帯両方ともにご記入をお願いします。

■ 紹介目的 ■ ※をお願いします

検査依頼(放射線科)

*読影レポートは後日発送

検査名	確認事項	撮影部位	撮影方法	読影	単純
<input type="checkbox"/> FDG-PET / CT	DM <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服・インスリン・無治療) FBS() HbA1C() ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / ICD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / CRT-D <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 会社名() 品名()	頭蓋底～骨盤腔	単純	有	CD-Rのみ

■ 保険適応疾患 ■ ※下記内容を必ずご確認ください。

◎悪性腫瘍

- ・病理による確定診断が得られない場合は、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されるもの
- ・他の検査、画像診断により病期診断又は転移・再発の診断が確定できない患者
- ・「疑い」や「早期胃癌」は保険適応外です

※ 診断の根拠となった資料が必要です。併せて資料の添付もお願いいたします。

※「てんかん」や「心疾患」は当院では対応していません。

*読影レポートは後日発送

傷病名					
症状経過、検査結果、治療経過、現在処方等(別紙可)					
資 料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CD-R・フィルム・その他) (持参・郵送)				
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー		付き添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師	
貴 院	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
要望事項					
留意事項					