診療情報提供書（PET-CT用検査依頼書）

徳島赤十字病院　放射線科部　担当医師宛

◇予約申込みFAX：　0120-308-739

◇予約変更およびキャンセル：0885-32-2555（内線5221）　　　　　　　　　申込日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 最直近日を希望  ↑撮影可能な最寄の日をこちらで決定させていただきます。す。。。 | □ する　　□ しない |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 診療科 |  |
| 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 第2希望日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 第3希望日 | 年　　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日・年齢 | | | | | 身長・体重 | |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 年　　　　月　　　　日　　　　歳 | | | | | cm kg | |
| 住所 | 〒　　　　　- | | | 自宅番号 |  | | | | |
| 携帯番号 | （本人） | | | | |
| （家族） | | | | |
| 確定病名 |  | | | | | | | | |
| ※「○○癌疑い」は、保険適応外になります。原則保険適応外の検査は行っておりません。 | | | | | | | | |
| 検査目的 | * 病期診断　　　□ 再発診断　　　□ 転移診断　　　□ 悪性リンパ腫の治療効果判定 | | | | | | | | |
| * その他　　　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 病理診断 | * 有　　　（結果：　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | * 無 | | | |
| 画像診断 | * CT 　　□ MRI　 　□ US　 　□ RI　　　（ガリウムシンチ直近撮影：　　　　 年　　　　月　　　　日） | | | | | | | | |
| ※画像診断がすでに施行されている患者様が保険適応です。同一月内にガリウムシンチが施行されている場合、保険適応となりません。 | | | | | | | | |
| 持参画像　　　□ CD-R　　　　□ フィルム | | | 返却　　　□　要　　　　□　不要 | | | | | |
| ※必ず画像データをお持ち下さい。返却要の場合は所見とともにお返しいたします。お急ぎの場合はご連絡下さい。 | | | | | | | | |
| 臨床経過等（臨床経過、血液データについては貴院書式を添付頂いても結構です。） | | | | 腫瘍マーカー・その他 | | | | | |
|  | | | 数値 | | 検査日 |
| CEA | | |  | |  |
| CA19-9 | | |  | |  |
| CA125 | | |  | |  |
| CA15-3 | | |  | |  |
| AFP | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| CRP | | |  | |  |
| 血糖値 | | |  | |  |
| 手術歴 | * 有　　　　　年　　　　　月 　　　　術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | * 無 |
| 化学療法 | * 有　　　　　年　　　　　月 終了　治療内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | * 無 |
| 放射線治療 | * 有　　　　　年　　　　　月 終了　照射部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Gy） | | | | | | | | * 無 |
| 糖尿病 | □　有　（□インシュリン　□内服）　　　□　無　　　**※有の場合は必ず血糖値を記入してください** | | | | | | | | |
| 患者情報 | ・患者移動　□ 独歩　　□ 車いす　　□ ストレッチャー　　　　　・状況　□　入院中　　□　外来  （**※独歩以外の方は、ご家族又は医療従事者の介助をお願いします**）  ・心臓ペースメーカー・ICD　□ 有　　□ 無　　　　　　　　　　　　　・閉所恐怖症　　　　□ 有　　□ 無  ・妊娠（女性の方）　　　　　　□ 有　　□ 無　　　　　　　　　　　　　・授乳（女性の方）　□ 有　　□ 無 | | | | | | | | |

◆ご紹介いただく患者様の情報