

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)

医療機関名	
診療科	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

申込日	年	月	日
最直近日を希望	☐ する	☐ しない	
↑ 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。			
第 1 希望日	年	月	日
第 2 希望日	年	月	日
第 3 希望日	年	月	日

◆ご紹介いただく患者様の情報

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	※「〇〇癌疑い」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				