

記載例

太枠の中をご記入ください。該当箇所にチェックをお願いします。

様式 1

診療情報提供書 (保険診療 PET-CT 検査依頼書)

諏訪赤十字病院 放射線診断科 担当医師宛
FAX 0266-57-6329
申込日 平成 28 年 3 月 1 日

ご依頼医療機関	
医療機関名	〇〇医院
診療科	〇〇科
担当医師名	〇〇 〇〇
FAX	0123-45-6789

患者様情報			
フリガナ 氏名	ニツキ ハコ 日赤 花子	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 (大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平) 30年 1月 1日 (61歳)
住所	〒392-8510 諏訪市湖岸通り五丁目11番50号 ※ 電話番号 0266-52-6111		
検査希望日	平成 28年 3月 3日	悪性腫瘍(早期胃がんを除き、悪性リンパ腫含む)の確定病名の記載を必ずお願いします。	
確定病名	例) 乳癌		
検査目的	<input checked="" type="checkbox"/> 病期診断	<input checked="" type="checkbox"/> 転移診断	<input checked="" type="checkbox"/> 再発診断
症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など) 【画像・検査の所見及び転移・再発を疑う部位を記載して下さい】 例) 乳癌患者。平成15年2月2日右乳がん手術施行。平成22年3月3日右鎖骨上窩リンパ節転移あり放射線治療施行。現在〇△錠投与中。平成27年4月4日から骨盤内腫瘍がみられ、28年2月1日CT施行も(卵巣癌疑い・リンパ節転移)確定できず、転移診断目的。 施行があればご記入ください。			
腫瘍マーカー(検査日: 年 月 日 項目: 値:)			
実施済の画像検査日 <input checked="" type="checkbox"/> CT(28年 2月 1日) 異常(<input checked="" type="radio"/> 有・無)			
<input type="checkbox"/> MRI(年 月 日) (有・無)			
<input type="checkbox"/> US(年 月 日) 異常() (有・無)			
同一个月内に施行済の画像検査日 <input type="checkbox"/> CT(年 月 日) <input type="checkbox"/> ガリウムシンチグラフィ(年 月 日)			
感染症 <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()			体重 50 Kg
6時間以上の絶食で低血糖発作を起こす可能性はありますか			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
検査日1週間以内の胃・腸のバリウム検査		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症
水分制限		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	酸素吸入
意思の疎通ができ、PET担当スタッフの指示に従う事ができますか			<input type="checkbox"/> 不可能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能
検査終了まで約3時間1人で個室にいること・撮影中の20分間静止が可能ですか			<input type="checkbox"/> 不可能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能
移動		<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	その他の身体障害()
妊娠中・妊娠の可能性または授乳中ですか			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ