

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

医療機関名	
診療科	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

最直近日を希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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
お名前		<input type="checkbox"/> 男	年 月 日 歳	cm
		<input type="checkbox"/> 女		kg
ご住所	〒 -	自宅番号		(本人)
		携帯番号		(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	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 (結果:)		<input type="checkbox"/> 無	
画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム	返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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願いいたします。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		
		検査日	/	/
		CEA		
		CA19-9		
		CA125		
		CA15-3		
		AFP		
		CRP		
		血糖		
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 年 月 術式()		<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有 年 月 術式()			
化学療法	<input type="checkbox"/> 有 年 月 終了 治療内容()		<input type="checkbox"/> 無	
放射線治療	<input type="checkbox"/> 有 年 月 終了 照射部位(Gy)		<input type="checkbox"/> 無	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 内服) <input type="checkbox"/> 無		状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来
患者情報	・患者移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー (※ご家族又は医療従事者同伴をお願いする場合があります。)			
	・心臓ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	・妊娠(女性の方) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		・授乳(女性の方) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	