

ID: _____

年 月 日

診療情報提供書 (PET/CT検査依頼用)

検査予約日時: 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名		診療科		担当医師 (フルネーム)	
住所 〒					
TEL		(内線)		FAX	
紹介患者様氏名		生年月日		性別	身長
(フリガナ)		歳			
様				cm	kg
住所 〒					
TEL ☆患者様の連絡可能な電話番号を記載下さい (必須)					
診断名 ※治療後の場合は必ずご記入ください	左右 両側臓器のみ記載 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側		病理診断 <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 実施していない		
	部位 臓器名と詳細部位 (例 腎U、肺S2、など)		病理診断名 (組織診、細胞診) 詳細をお願いします		
診断根拠 (複数回答可)	患者の全経過を通じて、がんと診断する根拠となった検査にチェック (初回治療前の診断に限定しない) <input type="checkbox"/> 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 部位特異性の腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 臨床診断				
進行度	進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400.上皮内 <input type="checkbox"/> 410.限局 <input type="checkbox"/> 420.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430.隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440.遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明			
	進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400.上皮内 <input type="checkbox"/> 410.限局 <input type="checkbox"/> 420.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430.隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440.遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660.手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明			

保険診療確認事項 (保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 無				
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) 病名: _____ (必ず病名をご記入ください) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎				
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 () 要フィルム持参				
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (マーカー名: _____) <input type="checkbox"/> 施行中 <input type="checkbox"/> 施行せず				
PET検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> ()				
臨床経過・既往歴	<input type="checkbox"/>				
☆DPC対象病院に入院中の患者様は検査できません。					
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式 年 月 術式				

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来	病名告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (血糖値)	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (BUN Cr)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本 年間)
	<input type="checkbox"/> (立位可・不可)	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1日 を ml)
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
20分間の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

高松市立みんなの病院 地域医療患者支援センター 電話 087-813-6699 (直通) FAX: 087-813-6799
フリーダイヤル: 0120-834-224