

(財) 竹田総合病院放射線科 御中  
紹介元

医師名 \_\_\_\_\_

住 所

TEL

### PET検査・診断依頼書 (診療情報提供書)

フリガナ		生年月日	年 月 日	才
氏 名		M・F	身長 cm	体重 kg
住 所	連絡先: ( ) -			

下記目的のどちらかを選択してください。

悪性腫瘍の病期診断又は転移・再発の診断/大型血管炎の診断

臨床診断名 (早期胃癌を除く)	
--------------------	--

※ 悪性腫瘍疑いは適応外となりますが、临床上、悪性腫瘍と診断されていれば適用となります。

病理検査による確定診断は得られていないが、临床上、下記の悪性腫瘍を強く疑い、その病期診断が確定できない

臨床診断名	頭頸部癌 ・ 肺癌 ・ 乳癌 大腸癌 ・ 膵癌 ・ 転移性肝癌
-------	------------------------------------

チェックリスト (該当項目のみチェック)	
<input type="checkbox"/>	糖尿病
<input type="checkbox"/>	感染症
<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症
<input type="checkbox"/>	移動介助必要
<input type="checkbox"/>	授乳中
<input type="checkbox"/>	オムツ使用中
<input type="checkbox"/>	同一月でのGaシンチ
<input type="checkbox"/>	上記該当項目なし

病 理 検 査	組織:	結果:
腫 瘍 マ ー カ ー	種類:	結果:
検査前画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	提供方法	<input type="checkbox"/> 患者持参 <input type="checkbox"/> 別途送付
	返却方法	<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 結果同封 <input type="checkbox"/> 患者持帰

※ 保険適用に関しましては、依頼時にご相談下さい。

※ 脳・心臓を対象とした検査は、当院診療科にて事前診察を行いますので、直接の依頼を受け付けておりません。

検査予約日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 AM・PM \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

臨床経過・詳細目的

.....

.....

.....

.....

<p>検査結果の報告方法 (診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア)</p> <p><input type="checkbox"/> フィルム必要</p> <p><input type="checkbox"/> 結果の配送希望 (結果が出来次第、地域医療連携課より発送になります)</p> <p><input type="checkbox"/> 結果の受け取り希望 (検査翌週以降に救急室に取りにおいで下さい)</p>
---

Dr. sign \_\_\_\_\_

<p>※ 現在入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院</p> <p><input type="checkbox"/> 一般病棟</p> <p><input type="checkbox"/> 療養型病棟</p>
---