

# 診療情報提供書

年 月 日

一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院

〒965-8585 福島県会津若松市山鹿町3番27号

地域医療連携課 TEL (0242)-29-9832

FAX (0242)-29-9803

医療機関名

放射線科 御中

所在地

医師名

画像診断担当医 殿

電話

|      |                |    |   |      |
|------|----------------|----|---|------|
| 患者氏名 | 性別             | 生年 | 月 | 日    |
| ふりがな | 男女             | 年  | 月 | 日(歳) |
|      | 連絡先<br>(自宅・携帯) | -  | - | -    |
| 住所   |                |    |   |      |

※下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。

竹田総合病院受診歴：有・無

|               |                              |                             |                              |  |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| 傷病名及び<br>紹介目的 |                              |                             |                              |  |
| 既往歴<br>家族歴    |                              |                             |                              |  |
| 症状経過<br>検査結果  |                              |                             |                              |  |
| 治療経過          |                              |                             |                              |  |
| 現在の処方         |                              |                             |                              |  |
| 備考            | 予約検査                         | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> RI |
|               | <input type="checkbox"/> 予約日 | 年                           | 月                            | 日( )曜日 午前・午後 時 分 予約                                      |
|               | <input type="checkbox"/> 予約日 | 年                           | 月                            | 日( )曜日 午前・午後 時 分 予約                                      |

# PET検査・診断依頼書（診療情報提供書）〔2枚目〕

年 月 日

医療機関名

放射線科 御中

医師名

画像診断担当医 殿

|      |    |  |                                   |
|------|----|--|-----------------------------------|
| 患者氏名 |    | 入外区分                                     |                                   |
| ふりがな |    | <input type="checkbox"/> 外来通院            |                                   |
|      |    | <input type="checkbox"/> 入院中(一般病床・療養型病床) |                                   |
| 身長   | cm | 体重                                       | kg                                |
|      |    |  | 3ヶ月以内にPET検査を行っている場合は、予約時にお伝えください。 |

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

※ 但し、悪性腫瘍の診断に関しては早期胃がんを除く

※ 悪性腫瘍疑いは適応外となりますが、臨床上、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、臨床上、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

|                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| 対象となる臨床診断名<br>(臨床上悪性腫瘍を強く疑う) | 頭頸部癌 ・ 肺癌 ・ 乳癌<br>大腸癌 ・ 膵癌 ・ 転移性肝癌 |
|------------------------------|------------------------------------|

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 病理検査    | 組織： 結果：  | 実施日：  |
| 腫瘍マーカー  | 種類： 結果：  | 実施日：  |
| 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"/> 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 |

※ 上記検査を3ヶ月以内に行っている事が必須になります。

※ 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。

| チェックリスト (該当項目のみチェック)              |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠       | <input type="checkbox"/> 授乳中           |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病      | <input type="checkbox"/> 感染症           |
| <input type="checkbox"/> 安静保持困難   | <input type="checkbox"/> 介助必要 (オムツ使用中) |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症    | <input type="checkbox"/> 同一月でのGaシンチ    |
| <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法中  | <input type="checkbox"/> 1カ月以内のワクチン接種  |
| <input type="checkbox"/> 上記該当項目なし |  |

| 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)  |
| <input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> メディア不要  |
| <input type="checkbox"/> 結果の配送希望<br><input type="checkbox"/> 結果の受け取り希望<br><input type="checkbox"/> 検査データのみ当日持ち帰り希望<br>(報告書は後日配送) |

検査予約日： 月 日 AM ・ PM 時 分