

診療情報提供書(PET検査用) 用紙①

〈紹介先〉ちばなクリニック PET・RIセンター担当医 殿

年 月 日

患者さまについて	
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男
氏名	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 歳
住所	〒
連絡先	() -

貴医療機関について	
医療機関の所在地および名称	
電話番号	
FAX番号	
貴科名	
ご担当医師	

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください。)

撮像範囲	<input type="checkbox"/> 基本撮影(頭部～大腿基部まで) <input type="checkbox"/> 下肢評価 <input type="checkbox"/> 頭部評価 <input type="checkbox"/> 心臓評価
疾患名	※てんかんの診断、又は早期胃癌を除く癌・悪性腫瘍は全て適応となります。(注意:疑い病名は含まれません。)
検査	※ 検査画像は読影時に必要です。患者様に持たせて下さい。 <input type="checkbox"/> CT (最終検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> MR (最終検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> US (最終検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (最終検査日: 年 月 日) ※CD-R 要持参 (注) 同月内にガリウムシンチが実施されている場合、PET検査は保険適応外となります。 <input type="checkbox"/> 病理診断検査 (最終検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査 (最終検査日: 年 月 日)
臨床経過・現在の処方 等	
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 術式) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 術式) <input type="checkbox"/> 無

※ 用紙②の検査確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません

診療情報提供書(PET検査用) 用紙②

患者さまについて		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男
氏名		<input type="checkbox"/> 女

年 月 日

※ PET検査は、原則として日常生活動作(ADL)の良好な方を対象といたします。

※ 小児患者様は、PET検査をお受け出来ない場合があります。

また、患者様の状態によっては、ご家族の方の付き添いをお願いすることがあります。

〈紹介先〉ちばなクリニック PET・RIセンター担当医 殿

検査前確認事項

身長	cm	体重	kg
告知の有無	<input type="checkbox"/> 告知している <input type="checkbox"/> 未告知		
現状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院予定(年 月 日)		
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
排尿方法(オムツ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> フォーリー		
20分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可()		
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内服 ・ インスリン 空腹時血糖 mg/dl)		
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
ペースメーカーの有無 (有の際は必ず手帳持参)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (メーカー名: 機種名:)		
合併症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他()		
感染症等	HBV(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未) HCV(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未) その他()		

※ 用紙①の保険診療確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません