

診療依頼票 PET検査(FAX送付票)

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		大・昭・平・令	性別	男・女
患者氏名		年 月 日生( 歳)		
住所・電話番号	〒 (TEL - - )			

保険情報	保険者番号	公費番号	市町村番号	
	記号・番号		受給者番号	
	資格取得	福祉医療	負担者番号	
	続柄	本人・家族	受給者番号	

診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院

放射線科

担当医 先生

所在地

医療機関

電話・FAX

医師氏名

印

※該当する項目にチェックと記載をお願いします。

①診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療(②~⑩まで記載をお願いします。) <input type="checkbox"/> 自由診療																			
②臨床診断名	★悪性腫瘍(早期胃がん除く)が保険適用となります。ご注意ください。 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌( ) <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他悪性腫瘍( )																			
③検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 (撮像範囲は基本的に頭頂部から鼠径部となります。)																			
④臨床経過など	★臨床経過、血液データについては貴院書式を別途FAX頂いても結構です。																			
⑤腫瘍マーカー	<table border="1"> <tr> <td>検査日</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>CEA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CA19-9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CA125</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SCC</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		検査日	/	/	CEA			CA19-9			CA125			AFP			SCC		
検査日	/	/																		
CEA																				
CA19-9																				
CA125																				
AFP																				
SCC																				
⑥病理診断検査	<input type="checkbox"/> 施行済 ↓ 結果を記載ください。 <input type="checkbox"/> 未施行 ↓ 出来なかった医学的理由を記載ください。																			
⑦施行済画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他( )																			
⑧糖尿病の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、検査時にできるだけ200ml/dlになるように貴院にて服薬等の指示を出してください。)																			
⑨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 (患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。)																			
⑩身長/体重	cm    kg	⑪その他注意点																		

備考

自己負担金額 保険診療:3万円前後(3割) 自由診療:10万円前後 (2019年4月現在)  
 記載内容によっては、こちらから問い合わせをする可能性がございます。ご了承ください。