

PET-CT検査依頼票(診療情報提供書)

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会

【施設名】

安城更生病院 放射線科

第1希望 令和 年 月 日

TEL() -

第2希望 令和 年 月 日

FAX() -

第3希望 令和 年 月 日

【医師名】

フリガナ		性別	生年月日
受診者名		男・女	T・S・H・R 年 月 日
住所	TEL() -		

保 険 別											公 費 負 担 別									
自費	交通	労災	生保	退家	退本	国家	国本	健家	健本	前期高	1割	2割	3割	後期高	1割	3割	身障	母子	子ども	その他()
保 険 者 番 号					公費負担者番号															
記号		番号				公費負担受給者番号														
資格取得		有効期限				被保険者・世帯主名														

◆治療状態 入院治療中 外来治療中

【臨床情報】 ※詳細に必ずご記入下さい。尚②、③については別紙添付でも結構です

① 悪性腫瘍の診断が確定していますか？ (確定診断を目的とした場合は原則、保険適応外です)

《 はい (病名 :) ・ いいえ 》

② 検査目的

《 病期診断 ・ 転移 ・ 再発 》

・PET-CTを保険で請求するためには、検査名をレセプトに記載する必要があります。必ずご記入ください

検査(腫瘍マーカー ・ 内視鏡 ・ 超音波エコー ・) 施行日()

画像(CT ・ MRI ・) 施行日()

③ 臨床経過、既往歴(病変サイズ、部位、病理診断等)

◆ 身長 ()cm ◆ 妊娠 (有・無)
 ◆ 体重 ()kg ◆ 感染症(有・無)
 ◆ 糖尿病(有・無) ★有の場合、感染症の名称()
 ★糖尿病薬剤については、検査5時間前より服用(投与)しないでください

◆患者の状態

歩行 車イス 全介助(ベット式車イス含) その他()

※注射後の待機(60分)+撮影時間(20分)の間、安静(仰向けの姿勢)に保てない方の検査は原則お受けできません

○検査結果は後日郵送いたします

機器の更新に伴い、CD-Rでのお渡しとなります

《ご参考》保険診療3割負担の場合(部位:躯幹) = 約3万円