

PET-CT検査依頼票(診療情報提供書)

令和〇〇年 〇月 〇日

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院 放射線科

【施設名】

安城更生クリニック

第1希望 令和 〇〇年 〇月 〇日
第2希望 令和 xx年 x月 x日
第3希望 令和 ΔΔ年 Δ月 Δ日

TEL (ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××
FAX (ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××

【医師名】 更生 太郎

フリガナ	アンジョウ ハナコ										性別	生 年 月 日												
受診者名	安城 花子										男・女	T・S H・R 〇〇年 〇月 〇日												
住所	安城市安城町東広畔28番地										TEL (ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××													
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 齢	1 割	2 割	3 割	後 期 高 齢	1 割	3 割	身 障	母 子	子 ど も	(その他)				
保 険 者 番 号							〇〇〇〇〇〇							公 費 負 担 者 番 号										
記 号			〇〇〇〇〇〇			番 号			〇〇〇〇〇〇			公 費 負 担 受 給 者 番 号												
資 格 取 得			〇〇.〇.〇			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: 肺癌) ・ 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(〇〇.〇.〇)

画像(CT ・ MRI) 施行日(〇〇.〇.〇)

③ 臨床経過、既往歴(病変サイズ, 部位, 病理診断等)

※概ね2~3ヶ月以内の画像検査が必要となります。
(読影レポートを必ず添付して下さい。)

※別紙添付可。出来るだけ詳細にご記載ください。

◆ 身長 (〇〇)cm ◆ 妊娠 (有 ・ 無)

◆ 体重 (〇〇)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)を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