

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
安城更生病院 放射線科

【施設名】

第1希望 令和 年 月 日
第2希望 令和 年 月 日
第3希望 令和 年 月 日

TEL () -
FAX () -

【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					
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・不明)

◆ 体重 ()kg

◆ 感染症(有・無・不明)

◆ 糖尿病(有・無・不明)

★有の場合、感染症の名称()

★糖尿病薬剤については、検査当日の服用(投与)は検査5時間前より使用しないでください。

◆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

安城更生病院 地域連携室 TEL(0566)74-8384 FAX(0566)77-5480