

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

TEL (△△△△) 〇〇 - ××××

FAX (△△△△) 〇〇 - ××××

第1希望 令和 〇〇年 〇月 〇日

第2希望 令和 ××年 ×月 ×日

第3希望 令和 △△年 △月 △日

【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 (△△△△) 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	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		
〇〇〇〇〇〇					
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 ・ 不明 )
  - ◆ 体重 ( 〇〇 )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(ベットの式車イス含)  その他 ( )

※注射後の待機+撮影 (60+20分) の間、安静 (仰向け) 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