

PET-CT検査依頼状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院

地域医療連携室

TEL: 055-948-3111代(内線3550)

ご紹介元

※ FAX番号 055-948-2103

病院

※10~20分以内で折り返し

医院 医師

印

お返事いたします

FAX番号

科

先生

患者氏名

殿 (男・女) ※身長 cm ※体重 kg

生年月日 (明・大・昭・平)

年 月 日生 歳

住所

電話番号

病名

[]

- ・悪性腫瘍病名 ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む
- ・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者

※1)他の検査、画像診断とはCT・MRI・超音波検査・消化管造影・マンモグラフィー等

検査結果 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断・健診(自費診療)

腫瘍マーカー () () () 不明

※糖尿病 (有・無) ※施行済画像 CT・MRI・US・その他 ()

※上記項目は必ず記載して下さい。

【注意事項】

- ・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします
- ・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません
- ・同一月内のガリウムシンチは保険対象外となります

※検査結果の提出希望について○を記載してください Media(DVD)・フィルム・両方

※詳細は順天堂大学静岡病院PET-CT検査依頼時の手引き(-1-), (-2-)を参照して下さい。その他臨床情報を詳しく記入してください(既往歴、家族歴等)

検査詳細をご希望の場合はご記入をお願いします

当院受診の有無 有・無

受診歴のない場合は、新規に患者さんのカルテを作成し検査予約をさせていただきますので、下記の情報のご提供をお願いします。

保険者番号 (本人・家族)

記号番号

公費負担者番号 1割・2割

公費受給者番号

(コピーで結構です)