

# PET・PET-CT検査依頼書兼《診療情報提供書》

大阪回生病院PETセンター  
担当医 殿

下記の患者様を紹介します

外来通院中  入院中

医療機関名  
所在地  
TEL  
診療科  
医師名

検査予定日	平成 年 月 日		午前	・	午後	時	分	～
ふりがな	生年月日							
患者様お名前	男・女		明・大 昭・平	年	月	日生	( 歳)	
患者様ご住所	〒 -		電話番号 (昼間に連絡取れる所)					
			( ) -					
臨床診断名	(早期胃がん以外のがん病名を記載してください。)							
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他( )							
施行した画像診断:	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )							
(臨床経過等)								
腫瘍マーカー ( )								
<b>&lt;検査に必要な確認事項&gt;</b>								
入院歴:			身長	cm	体重	kg		
無 ・ 有								
(病名:			年		月	～	年	月)
(病名:			年		月	～	年	月)
(病名:			年		月	～	年	月)
糖尿病:			無 ・ 有 ( )					
告知:			未 ・ 済	妊娠:	無 ・ 有 ・ 可能性有			
20分程度の静止:			可 ・ 不可	歩行:	可 ・ 不可 ( 車椅子 ・ ストレッチャー )			
ペースメーカー・ICD (埋め込み型除細動器):			無 ・ 有 (ペースメーカー・ICD)					
その他検査に関わる留意点等: ( )								
保険適応外、自費検査の希望:			無 ・ 有					
<b>&lt;健康保険情報&gt;</b>								
保険者番号 ( )			( 本人 ・ 家族 )					
記号 ( )			公費負担者番号 ( )					
番号 ( )			受給者番号 ( )					
一部負担助成			あり ・ なし					
			高齢受給者証 1割 ・ 2割					

※この書類は<紹介医療機関様控>ですが、**検査1週間前までに作成して頂き、FAXにてご送信下さい。**  
 ※カルテ作成の為、**保険者名、被保険者記号・番号は必ずご記入ください。**

FAX (06-6393-8362)