②診療情報提供書（紹介状）　土浦協同病院　PET/CT検査

地域医療連携室

・直近のPET実施日： 　　年　　月頃 ・ 無し

・糖尿病（ 無 ・ 有 ）

・ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ（ 無 ・ 有 ）

・酸素（ 要 ・ 不要 ）

・移動手段（歩行・車イス・その他：　　 　　　　　）

・感染症（ 無 ・ 有 ）　種類：

・認知症（ 無 ・ 有 ）

・検査時の留意点

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・身長　（　　　　cm）　　／　　体重　（　　　　kg）

・手術歴　（ 無・有 ）　　　期間：　　　年　　　月まで

　　　　　　　　　　　　　　　　内容：

・化学療法（ 無・有 ）　 期間：　　　年　　　月まで　（部位：　　　　　 ）

・放射線治療（ 無・有 ）　期間：　　　年　　　月まで　（部位：　　　　　 ）

・使用中の薬（ 糖尿病薬 ・ 白血球減少症薬 ・ ｽﾃﾛｲﾄﾞ ・ その他 ）

・腫瘍ﾏｰｶ（正常・高値）　高値の項目：

□本人希望

□経過観察・スクリーニング

□効果判定

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

上記の病名および検査目的に該当しない場合は自由診療です

□病期診断

□転移・再発診断

□治療効果判定（悪性リンパ腫のみ）

※病理診断による確定診断ができなかった場合であっても、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断できた場合は保険適応となります。「早期胃がん」保険適応外です。

病名：（　　　　　　　　　　　　　　　）

病名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□炎症部位診断

□難治性部分てんかんの外科切除のため

□心サルコイドーシス

□てんかん

□悪性腫瘍

保険診療　　 　自費診療

診療種別　　　　病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査目的

　　土浦協同病院　地域医療連携室　　TEL: 029-846-3682　FAX: 029-846-3683

●画像所見　　□CT　　□MRI　　□US　　□RI　　□その他（　　　　　　）

患者様情報

検査部位　　　　□全身（頭頂部～大腿部）　　　□脳　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●病理診断・臨床診断・臨床経過

臨床経過等　　（病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等）

診療区分（PET検査日）　　　　　　　□外来　　　□入院中　　　□生活保護　　　□自費診療

負担者番号

受給者番号

福／その他情報

住所

保険番号

記号

番号

本人／家族

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　男　・　女

大・昭・平　　　　　　年　　　　月　　 　日 　（　　歳）

紹介元医療機関名

連絡先（日中に連絡がとれる電話番号）

TEL　　　　　　 　 　 　　　携帯・自宅・勤務先（ 　時～　　時）

フリガナ

診療科

ご担当医師名

年　　　月　　　日