

②診療情報提供書(紹介状) 土浦協同病院 PET/CT 検査

フリガナ 患者氏名 大・昭・平 連絡先(日中に連絡がとれる電話番号) TEL	男・女 年 月 日 ( 歳) 携帯・自宅・勤務先( 時～ 時)	紹介元医療機関名 診療科 ご担当医師名	年 月 日
--	---------------------------------------	---------------------------	-------

住所 保険番号 記号 番号	本人／家族	負担者番号 受給者番号 福／その他情報
------------------------	-------	---------------------------

診療区分(PET 検査日)  外来  入院中  生活保護  自費診療

診療種別	病名	検査目的
保険診療	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 病名:( ) ※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。	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
	<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 炎症の評価
	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 難治性部分てんかんの外科切除のため
自費	<input type="checkbox"/> 大型血管炎	<input type="checkbox"/> 炎症の評価
	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 病名:( )	<input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他( )

臨床経過等 (病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等)

●病理診断・臨床診断・臨床経過

●画像所見  CT  MRI  US  RI  その他( )

検査部位  全身(頭頂部～大腿部)  脳  その他( )

<p>患者様情報</p> <p>・身長 ( cm) / 体重 ( kg)</p> <p>・手術歴 ( 無・有 ) 期間: 年 月まで 内容:</p> <p>・化学療法( 無・有 ) 期間: 年 月まで (部位: )</p> <p>・放射線治療( 無・有 ) 期間: 年 月まで (部位: )</p> <p>・使用中の薬( 糖尿病薬・白血球減少症薬・ステロイド・その他 )</p> <p>・腫瘍マーカー(正常・高値) 高値の項目:</p>	<p>・直近の PET 実施日: 年 月頃 ・無し</p> <p>・糖尿病( 無・有 )</p> <p>・ペンスメカー( 無・有 )</p> <p>・酸素( 要・不要 )</p> <p>・移動手段(歩行・車イス・その他: )</p> <p>・感染症( 無・有 ) 種類:</p> <p>・認知症( 無・有 )</p> <p>・検査時の留意点 ( )</p>
--	--