

診療情報提供書（PET検査依頼用）

※以下に該当される方の検査はお受けできませんので、事前のご確認をお願いします。

- ① 全身状態の悪い方 該当しない ② 約20～30分仰臥位で寝てられない方 該当しない
 ③ 意思疎通のできない方 該当しない ④ 排泄(排尿・排便)を自分でコントロールできない方 該当しない
 ⑤ 妊婦または妊娠のおそれのある方 該当しない ⑥ 空腹時血糖200mg/dl以上の高血糖の方 該当しない

札幌東徳洲会病院 地域医療連携室 紹介元医療機関の所在・名称
 〒065-0033
 札幌市東区北33条東14丁目3-1 診療科 医師名
 TEL 011-722-1117 TEL
 FAX 011-712-5118 FAX

フリガナ		
患者様氏名	男 (才)女	住所
生年月日(明・大・昭・平)	年 月 日	電話

主訴及び疾病名 貴院でレセプト請求される適応疾患名を下記より選択してください。 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> すい臓がん <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 胃がん(早期胃がん除く) <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 肝臓がん <input type="checkbox"/> その他()	
病状・経過等 ・移動について <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ・感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (HB抗原・HCV・その他) ・薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () ・保険適応外、自費検査の希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※自費でのPET検査は88,000円(税込)です。患者様に料金説明お願い致します。	
■保険適応疾患 ■ <input type="radio"/> 悪性腫瘍 ・病理による確定診断が得られない場合は、 <u>臨床上高い蓋然性を持って悪性腫瘍と診断されるもの</u> ※1 ・他の検査、画像診断により病期診断又は転移・再発の診断が確定できない患者 ・「疑い」や「早期胃がん」は保険適応外です ※1 診断の根拠となった資料が必要です。併せて資料の添付をお願いします。	
※必ずご記入ください。⇒ (体重 kg) (糖尿病 有・無) 糖尿病有の場合は採血データ及び糖尿病のデータの添付をお願いします。	
転移・再発を疑う部位の直近3ヶ月以内の検査日をご記入ください。該当しない場合は、上記保険適応になる資料の添付をお願いします。	<input type="checkbox"/> CT 年月日: 年 月 日 部位() <input type="checkbox"/> MRI 年月日: 年 月 日 部位() <input type="checkbox"/> 病理組織検査 年月日: 年 月 日 部位() <input type="checkbox"/> その他検査 ()
検査希望日	第一希望日 月 日 第二希望日 月 日

- ・一週間ほどで画像CD・所見をお渡しできます。
- ・枠内の項目をご記入のうえ、下記へFAX送信をお願いします。
- ・『予約票』患者様用をFAXにて返信いたしますので、FAX及び電話番号の記入をお願いします。
- ・患者様への説明書類も同時に返信する場合がありますので、よろしくお願ひ致します。

【申し込み先 FAX 011-712-5118】