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分仰臥位で寝ていられない方　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
〒065-0033
札幌市東区北 33 条東 14 丁目 3－1
Tel　011-722-1117
FAX　011-712-5118

紹介元医療機関の所在・名称
診療科　　医師名
TEL
FAX

ﾌﾘｶﾞﾅ 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。
□肺がん　□悪性リンパ腫　□大腸がん　□頭頸部がん　□すい臓がん　□原発不明がん　□食道がん
□胃がん(早期胃がん除く)　□子宮がん　□卵巣がん　□肝臓がん　□その他(　　)

病状・経過等

・移動について　□ 歩行可　□ 車椅子　□ ストレッチャー
・感染症　□有　□無（HB 抗原・HCV・その他）
・薬物アレルギー　□有　□無（　　）
・保険適応外、自費検査の希望　□有　□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■　○悪性腫瘍
・病理による確定診断が得られない場合は、臨床上高い蓋然性を持って悪性腫瘍と診断されるもの　※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。併せて資料の添付もお願いします。

※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。	□ＣＴ	年月日:	年	月	日	部位(	)
	□ＭＲＩ	年月日:	年	月	日	部位(	)
	□病理組織検査	年月日:	年	月	日	部位(	)
	□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ときがありますので、よろしくお願い致します。

【申し込み先 FAX　011-712-5118】