

PET-CT検査依頼書 (診療情報提供書)

(紹介先医療機関名)

〒799-1592

今治市喜田村7-1-6

済生会今治病院 放射線科 行

TEL : 0898-47-2500

(紹介元医療機関名)

所在地

名称

医師名

TEL

FAX



フリガナ 患者氏名		男 女	住 所			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳	電話番号 必ず連絡がつく番号をご記入ください。
臨床診断				身長・体重	cm	kg
検査目的	病期診断・再発診断・転移診断	撮影範囲	頭頂部～大腿基部・その他()			
病理診断	あり(組織型) なし(病理診断による確定診断は得られていないが臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断)					
経過 検査目的 (別紙でもか まいません)	(手術歴/放射線治療歴に関して、特に最近のものは内容・月日を詳しくご記入下さい)					
保険適用 について	<input type="checkbox"/> 適用あり <input type="checkbox"/> 適用なし <small>(全額自費です)</small>		悪性腫瘍(早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む)患者であり、他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合に、保険適用となります。			
	> “てんかん”, “虚血性心疾患”, “心サルコイドーシス” の診断は、対応できません。 > 同一月内にガリウムシンチグラフィが行われている場合は、保険適用となりません。					
検査希望日時	<input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃			<input type="checkbox"/> 希望なし		

保険証情報は保険証またはカルテのコピーでも結構です。

被保険者氏名	保険者番号				
記号・番号	.	本人 ・ 家族			
事業所又は保険者名	.	負担割合	割		
重心、母子等記号番号	.				

この依頼書に記載されている個人情報、検査目的のみに使用し、他の目的には利用いたしません。

総合医療支援室直通 FAX : 0898-47-2826