

紹介状・診療情報提供書
(PET-CT 検査依頼票)

フリガナ		性別	紹介元医療機関からのご予約							
患者氏名		男	予約日時	年	月	日	午前・午後	時	分	より
		女	依頼医療機関							
生年月日	年	月	日	電話番号						
身長・体重	cm	kg	FAX 番号							
			診療科名							
電話番号	()		ご担当医師名	(印)						

患者情報	診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (輸液・酸素・導入・ドレーン) <input type="checkbox"/> その他			妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV		同日の検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Ga (予定含)	
	糖尿病	★インシュリン等での1週間以上のコントロールをお願いします。尚、コントロール時に高血糖の場合や検査当日の血糖値が150ml/dl以上の場合、偽陰性となる場合がございます。				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	★検査予約時刻にかかわらず、前日21時以降は、糖分を含む飲食物の摂取を控えて下さい。				
		★検査当日はインシュリン・経口糖尿病薬の投与を中止頂き、検査終了まで投与を控えて下さい。				

診断名：	保険診療・自費診療

* 臨床症状・検査目的を具体的にご記載願います。(画像所見、病理診断・腫瘍マーカーの結果、手術歴、治療歴等)

[PET-CT 検査予約時の注意事項]

当院では、腫瘍性疾患を検査対象としています。(虚血性心疾患・てんかん対象の検査は実施していません)

- ① 早期胃がん以外の悪性腫瘍であること。悪性腫瘍の診断が確定していること。
* 「疑い」での検査は、保険適応となりません。
- ② 病期診断・転移・再発の診断が確定できない症例であること。
* 「治療効果判定・経過観察」目的での検査は、保険適応となりません。
- ③ 病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている場合、病期診断として保険適用となります。
- ④ 同月内に Ga シンチ検査実施 (予定含) の場合、PET-CT 検査との同時算定不可のため自費診療検査となります。
- ⑤ 患者様が、DPC 算定の病院にご入院中の場合は、保険算定不可のため、自費診療検査となります。



医療法人財団順和会
山王メディカルセンター

FAX : 03-3402-5529

〒107-0052 港区赤坂 8-5-35
TEL. 03-3402-5581 (代表)

放射線室 行