**診療情報提供書(紹介状)兼検査申込書**

**（PET-CT検査用）**

**紹介先医療機関名**　　　　　　　　　　　　　　　　　**紹介元医療機関名**

**市立青梅総合医療センター**

**放射線診断科 住所**

**放射線診断科受付 0428-22-3191　内線5319　 電話**

**医師名**

**患者様情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性　別** | **生年****月日** | **大正・昭和・平成・令和** |
| **氏　名** |  | **男・女** | **年 　月 　日（　　）歳** |
| **住　所** | **〒　　　　－** | **電話****番号** | **自宅** |
| **携帯** |

**診療情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **検査日時** | **年 　　　月　 　 　日（　　　）　　　　　　時　　　　　分** |
| **体重(必須)** | **㎏** | **体重により薬品の発注量を調整するため、正確な値をご記入ください** |
| **保険適用理由** | **□ 悪性腫瘍※** | ※他の検査または画像診断により、病気診断または転移もしくは再発の診断が確定できない場合のみ、保険適用となります。適用外で検査をご希望の場合は、当院のPET検診をお申し込みください。 |
| **□ 心サルコイドーシス** |
| **□ 高安動脈炎等の大血管炎** |
| **病名** |  |
| **検査目的** |  |

**確認事項**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **歩行(独歩)** | [ ] **可**  | [ ] **不可** | **移動****方法** | **(　 　　　　)** | **仰臥位 約30分の静止** | [ ] **可** [ ] **不可** |
| **糖尿病** | [ ] **なし** | [ ] **あり**空腹時血糖　　　㎎/dl　投薬内容 |
| **感染症** | [ ] **なし** | [ ] **あり**[ ]  HCV　[ ]  HB抗原　[ ]  HIV　[ ]  MRSA　[ ]  TPHA |
| **妊娠** | [ ] **なし** | [ ] **あり** |
| **植込み型心臓ペースメーカー****または除細動器** | [ ] **なし** | [ ] **あり** |

|  |  |
| --- | --- |
| **保険情報** | ※保険情報は下記、保険情報欄にご記入いただくか、保険証のコピーをFAXしてください。第二公費をお持ちの場合は医療券のコピーもFAXしてください。 |
| 保険者番号 |  | 記号・番号 |  |
| 公費負担番号　　 |  | 公費受給者番号 |  |
| 資格取得年月日 |  | 有効期限 |  |
| 被保険者氏名 |  | 本人・家族　 | 老一部負担金割合 | 割 |

**診療情報提供書(紹介状)兼検査申込書 FAX送付先**

|  |  |
| --- | --- |
| **24時間（土日、祝日も含む）** | **0428-25-1854**（地域医療連携室直通） |