**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11501　 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※** | **※下記①②以外の際は検査をお受け出来ないことがあります。**   1. 病理診断で悪性腫瘍（早期胃癌除く）の確定診断がつき、他の検査、画像診断にて病期診断、転移・再発が確定できない。 2. 病理診断による確定診断が得られない場合、   臨床上高い蓋然性をもち悪性腫瘍と診断されている。  **（病名には疑いではなく悪性腫瘍病名を記載してください。）** |
| **□ 心サルコイドーシス　　　　　＊**心サルコイドーシスPET-CT検査予約票をお読みください。 | |
| **□ 高安動脈炎等の大血管炎　　　＊**PET-CT検査票をお読みください。 | |
| **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** | | | **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） |