

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)	kg	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	※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、臨床で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。)		
	☐ 悪性腫瘍※		
	☐ 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。		
	☐ 高安静脈炎等の大血管炎 *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 mg/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)
-----------------	--------------------------