

診療情報提供書(高額医療機器利用申し込み兼PET-CT依頼書)

(様式1-6)

令和 年 月 日

JA北海道厚生連帯広厚生病院
 地域医療連携室 御中
 〒080-0024
 帯広市西14条南10丁目1番地
地域連携室直通 FAX (0155)65-0136
 地域連携室直通 TEL (0155)65-5080
 代表 TEL(0155)65-0101 内線2111

依頼医師

住所

名称

医師氏名

印

電話

FAX

フリガナ		住所	
氏名	男・女		

生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(才)	電話	() -
------	--------------------	----	-------

放射線科 PET-CT検査専用

日程の希望のある方は複数日、都合の悪い日がある方はお知らせください	厚生病院受診歴
① 月 日 希望 都合悪い日	有 無
② 月 日 希望	
③ 月 日 希望	

傷病名	身長 cm 体重 kg
-----	----------------

検査目的	<p>1. 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 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患者</p> <p><input type="checkbox"/> 肺がん、乳がん、大腸がん、頭頸部がん、転移性肝がんの存在を疑うが病理診断により確定診断が得られない患者(临床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合)*検査結果、画像所見等もお知らせ下さい</p> <p><input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断で膵がんの存在を疑うが腫瘍形成性膵炎との鑑別が困難な患者 *検査結果、画像所見等もお知らせください</p> <p>2. <input type="checkbox"/> てんかん(難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 高安動脈炎または巨細胞性動脈炎(診断はついているが他検査で病変の局在や活動性の判断がつかない患者)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 自費 86,250円 ※良悪性の鑑別目的など、保険適用要件を満たさない場合は自費となります。</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 心疾患(適応と前処置に関する受け入れ態勢が整い次第ご連絡いたします)</p> <p>虚血性心不全における心筋組織のバイアビリティ診断</p> <p>心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断(心サルコイドーシスの診断が確定している患者)</p>
------	---

ご依頼内容 症状経過 検査結果	
-----------------------	--

氏名		PET-CT 検査用	
持ち込み画像と検査結果の同封	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(返却不要) <input type="checkbox"/> あり(要返却)	*診断補助として、ご提供にご協力をお願い致します	
患者情報			
●妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	*ありの場合検査受けられません	
●閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	*ありの場合検査受けられない可能性があります	
●仰臥位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	*30分の仰臥位保持が不可能な場合検査を受けられません	
●排泄・着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ご家族の付き添い介助		
●糖尿病薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬	<input type="checkbox"/> インスリン(薬剤は絶食時間に合わせて中止します)	
●感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他()		
●手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
●化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
●放射線治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
●植込み型心臓デバイス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ペースメーカー手帳持参してください)	(ペースメーカー・ICD等)	
●患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
備考			
入院の有無	1. 入院中 2. 施設入所中(施設名:)		

* 画像データ(CD-R)・読影レポートの郵送は、検査日から1週間程度かかる場合がございます。