

兵庫医科大学病院 PETセンター紹介状(診療情報提供書)

PETセンター担当医 殿 (検査予約日時) 年 月 日 () 時 分		医療機関名	
		所在地	
		診療科名	
		紹介医	
		電話	() -
☐ 保険診療 ☐ 自費診療 ☐ 健診		F A X	() -
ふりがな		住所 〒	-
患者氏名 様			
生年月日(西暦) 年 月 日生		携帯 () -	
		TEL () -	
性別 ☐ 男 ☐ 女			
身体の情報	身長 () cm 体重 () kg		
臨床診断	☐ 肺癌 ☐ 乳癌 ☐ 頭頸部癌 () ☐ 甲状腺癌 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 食道癌 ☐ 胃癌(早期を除く) ☐ 結腸癌 () ☐ 直腸癌 ☐ 膵癌 ☐ 原発性肝癌 () ☐ 転移性肝癌 ☐ 胆道系悪性腫瘍 () ☐ 子宮癌 ☐ 卵巣癌 ☐ 悪性黒色腫 ☐ 骨・軟部悪性腫瘍 () ☐ 泌尿器系悪性腫瘍 () ☐ 原発不明癌 ☐ 心サルコイドーシス ☐ 大動脈炎症候群 ☐ その他の悪性腫瘍 () ☐ その他 ()		
	検査目的 ☐ 病期診断 ☐ 再発診断 ☐ 転移診断 ☐ その他 ()		
	在宅酸素 ☐ 有 ☐ 無		
	施行した画像診断(※撮影日を記載) ☐ CT ☐ MRI ☐ RI ☐ 超音波 ☐ Xray ☐ その他 () ※ 年 月 日施行 <所見> 事前に何らかの他の検査、画像診断が行われていることが保険適用の算定要件→具体的にご記入ください。		
	腫瘍マーカー値等		
	既往症		
	臨床経過		
	手術歴/放射線治療歴/病理診断等についても内容とその実施日を詳細にご記入ください。		

検査に必要な確認事項

25分程度の静止	☐ 可 ☐ 不可	歩行	☐ 可 ☐ 不可
告知(癌)	☐ 無 ☐ 有	アレルギー等	☐ 無 ☐ 有
妊娠	☐ 無 ☐ 有	感染症	☐ 無 ☐ HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐ MRSA
水分制限	☐ 無 ☐ 有		☐ その他 () ☐ 不明
排尿・排便介助	☐ 不要 ☐ 要	糖尿病	☐ 無 ☐ 有
除細動器の装着	☐ 無 ☐ 有 ※有の場合、メーカー名 ()		
次回外来受診日	年 月 日 時頃	持続グルコース測定器(リブレ)	☐ 無 ☐ 有

その他、検査に関わる留意事項等

被保険者証	保険者番号		公費負担者番号	
	記号・番号	●	公費受給者番号	
	本人・家族	☐ 本人 ☐ 家族	公費負担割合	☐ 0割 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
	負担割合	☐ 0割 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割	負担金	円
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄