

# 診療情報提供書 兼 PET-CT検査申込書

(FAX及び患者さん用)

申込日	年 月 日
-----	-------

京都府立医科大学附属北部医療センター  
地域医療連携室 宛

紹介元医療機関名			
電話番号		FAX番号	
診療科		紹介医お名前	印

\*□にチェックを入れてください。

検査希望日	<input type="checkbox"/> できる限り早めで	<input type="checkbox"/> いつでも可能	第1希望		第2希望	
ふりがな 患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	当院受診歴	
生年月日	年 月 日 ( ) 歳				<input type="checkbox"/> 有 (ID ) <input type="checkbox"/> 無	
患者住所	(〒 )				身長	cm
電話番号	ご自宅		携帯電話		体重	kg

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください。)

PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ) 医療機関名( )					
撮像範囲	撮像範囲は頭頂部～足先までとなります。*特に撮像範囲にご希望のある場合はその理由を必ずご記入ください。					
確定診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ( ) <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施している ( ) <input type="checkbox"/> 実施していない					
腫瘍マーカー						
臨床経過・ 検査目的等						
						※画像データの添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療歴	手術歴	年 月	術式・治療内容			
		年 月				
	放射線治療	年 月				
	化学療法					

検査前確認事項 (必ずご記入ください)

現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( mg/dl)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )
60分ベッド上安静	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
検査台への移動	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 要介助	排尿	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 要介助
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 他 ( )			

京都府立医科大学附属北部医療センター 地域医療連携室

〒629-2261 京都府与謝郡与謝野町字男山481 Tel: 0772-46-6665 (直通) Fax: 0772-46-5121