（様式5）

地域医療室へ **TEL後FAX** ⇒ **検査予約票をお持ちください。**

地域医療室2016.11

診療情報提供書（PET-CT検 査 依 頼 書）

平成　　年　　月　　日

箕面市立病院　地域医療室　行
（FAX 072-728-8475）

下記のとおり、検査を依頼します。

所在地
施設名
医師名
TEL
FAX

フリガナ		生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日 （ 男 ・ 女 ）　　才
患者氏名		TEL	ー　　ー

カルテ番号							ー	

（箕面市立病院の診察券をお持ちの場合は、カルテ番号を記入してください。）

日　時	平成　　年　　月　　日（　）　　時　　分

★ 必要な項目にチェック、記入してください。
下記に該当しない場合、または健診目的の場合は医療保健センターへご連絡ください。

検査目的	保険適用要件	病名
☐ 良悪性鑑別	☐他の検査、画像診断により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	☐ 肺がん　☐ 乳がん　☐ 大腸がん　☐ 頭頸部がん ☐ 脳腫瘍　☐ 悪性リンパ腫　☐悪性黒色腫 ☐食道がん　☐ 子宮がん　☐ 卵巣がん
	☐他の検査、画像診断により膵がんの存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者	☐ 膵がん
☐ 原発巣検索	☐リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者	☐ 原発不明がん
☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断	☐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	☐悪性腫瘍 （早期胃がんを除く）

検査部位	☐ 全身（眼窩下縁～大腿上部）　☐ 頭部　☐ 下肢　☐ その他（　　）

実施した検査とその結果（必ず記入してください。）	
画像診断	☐CT　☐MRI　☐US　☐その他（　　）
	所見：
病理診断	☐ 実施　☐ 未実施
	所見：
腫瘍マーカー及びその値	☐ CEA（　　）　☐ CA19-9（　　）　☐ SCC（　　） ☐ DUPAN-2　☐ CA125　☐ その他（　　）
他の検査	検査名（　　）　結果（　　）

臨床経過等	
	（　　）
	手術歴：☐ 無　☐ 有→（時期　　年　　月）　術式（　　）
	糖尿病：☐ 無　☐ 有→　☐ 無治療　☐ 治療（ 内服 ・ インスリン ・ 食事療法 ）
	心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ：☐ 無　☐ 有（埋込部位より足側の撮像になります）

検査結果	☐ 所見と画像　（ ☐ CD-R　☐フィルム ） ☐ 所見のみ

※お問い合わせ　箕面市立病院 地域医療室　〒562-0014 箕面市萱野5-7-1
ＴＥＬ072-728-2001（代表）　072-728-2177（直通）　FAX 072-728-8475