（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