地域医療室へ TEL後FAX 検査予約票をお持ちください。



診療情報提供書(PET-CT検 査 依 頼 書)

 \Box

	地域医療室 行 所 在 地 728-8475) 施 設 名 医 師 名 検査を依頼します。 T E L F A X
フリガナ	<u> </u>
患者氏名	生年月日 (男・女) TEL -
カルテ番号	
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。 かない場合、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。
<u>ト記に該当し</u> 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 □ 肺がん □ 乳がん □ 大腸がん □ 頭頸部がん を疑うが、病理診断により確定診断が □ 脳腫瘍 □ 悪性リンパ腫 □ 悪性黒色腫 得られない患者 □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、 <u>腫瘤形成性膵炎</u> と鑑別が □ 膵がん 困難な患者
□ 原発巣検索	ロリンパ節生検、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
□ 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 (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
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	
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