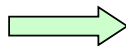


地域医療室へ TEL後FAX



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)

令和 年 月 日

箕面市立病院 地域医療室 行
(FAX 072-728-8475)

所在地
施設名
医師名
TEL
FAX

下記のとおり、検査を依頼します。

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

カルテ番号 (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	令和 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
<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん
	<input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により膵がんの存在を疑うが、腫瘍形成性膵炎と鑑別が困難な患者	<input type="checkbox"/> 膵がん
<input type="checkbox"/> 原発巣検索	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 原発不明がん
<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃がんを除く)

検査部位	<input type="checkbox"/> 全身 (眼窩下縁~大腿上部) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 () 所見:
病理診断	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 所見:
腫瘍マーカー及びその値	<input type="checkbox"/> CEA () <input type="checkbox"/> CA19-9 () <input type="checkbox"/> SCC () <input type="checkbox"/> DUPAN-2 <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> その他 ()
他の検査	検査名 () 結果 ()

臨床経過等	()
	手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (時期 年 月) 術式 ()
	糖尿病: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無治療 <input type="checkbox"/> 治療 (内服・インスリン・食事療法)
	心臓β-ブロッカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (埋込部位より足側の撮像になります)

検査結果	<input type="checkbox"/> 所見と画像 (<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム) <input type="checkbox"/> 所見のみ
------	---