令和　　　年　　　月　　　日

**診療情報提供書(ＰＥＴ-ＣＴ用)**

(医療機関→ＦＡＸ→患者)

　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

医療機関名

医師名

TEL

FAX

＜希望日＞　　**□いつでも可**

　　①令和　　 年　　 月　　 日( )

②令和　　 年　　 月　　 日( )

③令和　　 年　　 月　　 日( )

＜その他希望事項＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 豊田厚生病院記入欄　＜予約確定日＞　令和　　　年　　　月　　　日(　　)　　　時　　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  | |  | | 男・女 | 生年月日 | | | 明・大・昭・平・令 | |
| 患者氏名 |  | | |  | | 旧姓  様 | | 年　　月　　日(　　歳) | |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | TEL | | | 自宅 | |
| 携帯 | |
| 受診当日の状況 | | 通院中・入院中 | | | | | 豊田厚生病院  受診歴 | | 有（ＩＤ　　　　　　　　　）・　無 | | | | |
| **保険証とお薬手帳を持参するようご指導をお願いします** | | | | | | | | | | | | | |
| ①検査目的、②検査実施日、③臨床経過・既往歴 等をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| ①検査目的　該当項目へチェックお願いいたします。  □悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。他の検査または画像診断で病期診断、または再発・転移の診断が確定できない患者）※1  悪性腫瘍の診断が確定していますか？（確定診断を目的とした場合は原則、保険適応外です）  《　　□はい　（病名　：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　・　　　□いいえ　　　　　　》  《　　□病期診断　　　・　　　□転移　　　・　　　□再発　　　　　》  □心サルコイドーシス：炎症部位の診断が必要とされる患者  □血管炎：高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査（CT、MRI、血液検査等）で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者  □自費診療：保険適応外（患者様ご負担：10万円程度）    ②検査実施日　※1悪性腫瘍の場合は必ずご記入ください。レポート等の添付もお願いします。 | | | | | | | | | | | | | |
| 腫瘍マーカー | | 年　　　月　　　日 | | | | | 生検 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| ＣＴ | | 年　　　月　　　日 | | | | | ＭＲＩ | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| Ｘ線 | | 年　　　月　　　日 | | | | | 内視鏡 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 超音波 | | 年　　　月　　　日 | | | | |  | | | | | | |
| ③臨床経過・既往歴（病名・手術・病理診断など詳細にご記入ください） | | | | | | | | | | | | | |
| 処方内容 | 処方：　有　・　無 | | | | | | | | | | | | |
| ペースメーカー | 有　　・　　無 | | 体内金属 | | 有　(部位:　　　　　　　　　手術年:　　　　　年)　・　無 | | | | | | | | |
| インプラント | 有　　・　　無 | | 感染症 | | 有　　・　　無 | | | | | | 喘息 | | 有　　・　　無 |
| 糖尿病 | 有　　・　　無 | | 空腹時血糖値 | | mg/dl | | | | | |  | | |
| 妊娠 | 有　　・　　無 | | 授乳 | | 有　　・　　無 | | | | | | 媒体 | | ＣＤ ・ フィルム ・ 不要 |
| 激しい運動 | 有　　・　　無　　（運動内容：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 閉所恐怖症 | 仰臥位で30分以上静止できない方は検査を受けることが困難な可能性がありますのでご相談ください。 | | | | | | | | | | | | |



地域医療連携課.2023/3/1.ホームページ用