

診療情報提供書(PET-CT用)

令和 年 月 日

科 先生
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>

医療機関名
医師名
TEL
FAX

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
患者氏名
住所
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。

Table with 4 columns: 腫瘍マーカー, 年 月 日, 生検, 年 月 日. Rows include CT, X線, 超音波, MRI, 内視鏡.

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
ベースメーカー
インプラント
糖尿病
妊娠
激しい運動
閉所恐怖症

