

関西労災病院 PET-CT検査依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

紹介元医療機関名	診療科	
	紹介医師	
電話番号	FAX番号	

フリガナ		身長	cm
患者氏名	様 (男・女)		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	体重	kg
住所:			
電話番号:	携帯電話:		
保険種別:	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()		

臨床診断	
診断根拠	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他 ()

平成22年4月より早期胃癌を除く全ての悪性腫瘍に対する検査が保険適応となりました。 但し、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場合に限られています。

臨床経過	
既往歴	

確認事項(必ずご記入ください)

妊娠	無・有	30分程度のベット上安静	可・不可
糖尿病	無・有 (空腹時血糖:)	歩行	可・不可
	食事療法・経口糖尿病薬・インスリン		
閉所恐怖症	無・有	排尿	介助不要・要介助
腎機能障害	無・有	ベットや検査台への移動	介助不要・要介助
感染症	無・有 (HBV HCV HIV MRSA その他)		
アレルギー	無・有 ()	入外区分	入院・外来
癌告知	無・有	検査の理解度	良好・不良
ペースメーカーの有無	無・有	有りの場合機種名()	
ICD(埋め込み型除細動器)	無・有	有りの場合機種名()	