**PET･ＣＴ検査申込書**

**PET/CT検査申込書（保険診療）**

※患者間違いを防ぐために当院 「**受診歴の有無**」 「**患者ID」** を出来るだけご記載いただくようご協力お願いいたします。

【患者情報】　　　　　　　↓当院の患者IDが分かれば記載してください　【紹介元】

当院の受診歴：□無・□有→ 患者ID(　 - - ) 紹 介 日 年　 　 月 　　日

ふりがな 　 医療機関名

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 医 師 名

Ｍ･ＴＳ・Ｈ

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) TEL 　 　　　( 　　)

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 FAX 　　 　　( 　　)

 　 □外来患者の紹介　　　□入院中の患者の紹介

(TEL　　　　　　　　　　 　 　)(携帯　　　　　　　　　　 　)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | 病理診断 |  |
| 検査目的 | □病期診断　　□治療後再発診断　　□良悪性鑑別 |
| 検査希望日 |  |
| 実施した画像診断( )内に3ヶ月以内の実施日を記入してください。 | □CT（　　　　　年　　月　　　日）□MRI（　　　　年　　月　 日）□エコー（　　　　年　　月　 　日）□内視鏡（　　　　年　　月　 日）□SPECT（　　　　年　　月　　 日）□その他（　　　　年　　月　 日）**※検査画像がありましたら、必ずご持参ください。** |
| 臨床経過、画像所見、腫瘍マーカに関する情報（貴院の書式（別紙）でもかまいません）【注意】単に「悪性腫瘍の疑い」「腫瘍マーカー高値」のみ等は保険診療の適応とならず自費負担となります。  |
|  |
| **検査に必要な確認事項** **■**身長　　　　　　　　㎝　　　　■体重　　　　　　　㎏●糖　尿　病（ なし ・あ り ） → 「あり」の場合の治療の内容（インスリン　　　　単位、内服薬）●閉所恐怖症（ なし ・ あり ）　●妊　娠（ なし ・ あり ）　●腎機能障害（ なし ・ あり ）●感染症（ なし ・ あり ）→ 「あり」の場合、その部位､種類（ 　　　　　　　　　　　）**その他、検査に関わる留意点**●認知症（ あり　・ なし ）　●車いす（ なし ・ あり ）●ストレッチャー（ なし ・ あり ） |

**高機能診断センター**

**FAX 0267-88-7219**

**地域医療連携室**

**FAX 0267-88-7248**

JA長野厚生連佐久総合病院**佐久医療センター**

TEL 0267-62-8181(代表)　 TEL 0267-88-7316（連携室直通）