

# 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 が分かれれば記載してください

当院の受診歴：無・有→ 患者 ID( - - )

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 <sup>M・T</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳)

住所  -

(TEL \_\_\_\_\_ )(携帯 \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

診断名	病理診断
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 治療後再発診断 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> CT ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> MRI ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> エコー ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 内視鏡 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> SPECT ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <b>※検査画像がありましたら、必ずご持参ください。</b>
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） <b>【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。</b>	

## 検査に必要な確認事項

■身長 \_\_\_\_\_ cm ■体重 \_\_\_\_\_ kg

●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）

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)

高機能診断センター  
FAX 0267-88-7219

地域医療連携室  
FAX 0267-88-7248