診療情報提供書

　　年　　月　　日

一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院

**〒**965-8585　福島県会津若松市山鹿町３番２７号

地域医療連携課　TEL　(0242)－29－9832

FAX　(0242)－29－9803

医療機関名

　　放射線　　科　　御中　　　　　　所在地

医師名

　　　画像診断担当医　　　　殿　　　　　　電　話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 性　別 | 生　　　年　　　月　　　日 |
| ふりがな | 男　女 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
|  | 連絡先（自宅・携帯） | 　　　　－　　　　　 －　　　　　　　　　　 |
| 住　所 |  |

※下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。 竹田綜合病院受診歴：有・無

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名及び紹 介 目 的 |  |
| 既　往　歴家　族　歴 |  |
| 症 状 経 過検 査 結 果 |  |
| 治 療 経 過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備 　考 | 予約検査　□CT　□MRI　□PET　□RI□予約日 　　 年 月 日( )曜日 午前･午後 　時　　分　予約□予約日 　　 年 月 日( )曜日 午前･午後 　 時　　分　予約  |

**ＰＥＴ検 査 ・ 診 断 依 頼 書（診療情報提供書）〔２枚目〕**

　　年　　月　　日

医療機関名

　　放射線　　科　　御中

医師名

　　　画像診断担当医　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 入外区分 |
| ふりがな | **□外来通院****□入院中**( 一般病床・療養型病床 ） |
|  |
| 身長 | ㎝ | 体重 | ㎏ | **3ヶ月以内にＰＥＴ検査を行っている****場合は、予約時にお伝えください。** |

**下記目的のどちらかを選択してください。**

* **悪性腫瘍の病期診断又は転移・再発の診断／大型血管炎の診断**
* 但し、悪性腫瘍の診断に関しては早期胃がんを除く
* 悪性腫瘍疑いは適応外となりますが、臨床上、悪性腫瘍と診断されていれば適用となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象となる臨床診断名（臨床上悪性腫瘍を強く疑う） | 頭頸部癌　 ・　 肺癌　 ・　 乳癌大腸癌　　 ・　 膵癌　 ・　 転移性肝癌 |

* **病理検査による確定診断は得られていないが、臨床上、下記の悪性腫瘍を強く疑い、その病期診断が確定できない**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病理検査** | **組織：　　　　　　　　　結果：** | **実施日：** |
| **腫瘍マーカー** | **種類：　　　　　　　　　結果：** | **実施日：** |
| **検査前画像検査** | **□ＣＴ □ＭＲＩ □Ｘ-Ｐ □ＵＳ □他（　　　　）** | **実施日：** |
| **提供方法** | **□　患者持参　　□　別途送付** |
| **返却方法** | **□　返却不要　　□　結果同封　　□　患者持帰** |

**※　上記検査を3ヶ月以内に行っている事が必須になります。**

**※　保険適用に関しましては、依頼時にご相談下さい。**

**※　脳・心臓を対象とした検査は、当院診療科にて事前診察を行いますので、直接の依頼を受け付けておりません。**

|  |
| --- |
| **チェックリスト　（該当項目のみチェック）** |
| **□　妊娠** | **□　授乳中** |
| **□　糖尿病** | **□　感染症** |
| **□　安静保持困難** | **□　介助必要（オムツ使用中）** |
| **□　閉所恐怖症** | **□　同一月でのＧａシンチ** |
| **□　在宅酸素療法中** | **□　1カ月以内のワクチン接種** |
| **□　上記該当項目なし** |

**検査結果の報告方法**

**（診断報告書 + 全画像データDICOMメディア）**

**□　フィルム必要　□　メディア不要**

* **結果の配送希望**
* **結果の受け取り希望**
* **検査データのみ当日持ち帰り希望
（報告書は後日配送）**

**検 査 予 約 日 ：　 月　　日　AM　・　PM　　　時　　　　分**