

PET/CT 検査申込書兼診療情報提供書

所在地 〒940-2108 新潟県長岡市千秋2丁目297-1
 医療機関名 長岡赤十字病院 病診連携室
 TEL: FAX: TEL: 0258-28-3600 FAX: 0258-28-9060
 担当医師名 送付日 平成 年 月 日

ガガナ 患者氏名	男 女	住所			
電話番号					
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	身長・体重	cm	kg	

※保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です

保険証記載番号		医療証負担者番号			
保険者番号		医療者受給者番号			
被保険者区分	本人・家族	負担割合	割		

傷病名			<input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自費	(DPC 対象病院に入院中の場合、保険適応になりませんのでご注意ください)	
紹介目的 (別紙可)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> その他 ()					
検査歴	① ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> あり (実施日)	打撲の既往			
	② 骨シンチ	<input type="checkbox"/> あり (実施日)				
	③ CT	<input type="checkbox"/> あり (実施日)				
手術歴 放射線治療歴			女性の方	<input type="checkbox"/> 最終月経	年 月 日	<input type="checkbox"/> 閉経
授乳中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査後 24 時間は授乳を避けて下さい	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	インスリン製剤、経口糖尿病薬は検査当日は注射または服用しないで下さい	
ペースメーカー 植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	型式 ()	薬剤 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	腎機能異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 500ml の水負荷 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 頭部～単径部 <input type="checkbox"/> 頭部～足					
血液検査の結果	炎症所見 (CRP mg/dl)					
	空腹時血糖値 (mg/dl)					
	腫瘍マーカーなど ()					

以下の条件を十分検討いただいた上でお申し込みください。

保険適応条件 (右条件すべてに該当すること)	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫を含む悪性腫瘍(早期胃癌を除く)で、診断が確定している(「疑い」は保険適応外のため自費扱い) <input type="checkbox"/> 他検査や画像診断で病期診断、転移・再発診断が確定できない(悪性リンパ腫以外の治療効果判定や単なる経過観察は自費扱い) <input type="checkbox"/> 同一月内にガリウムシンチを実施していないこと(予定を含む)
----------------------------------	--

検査不可条件	<input type="checkbox"/> (女性の場合) 妊娠中 <input type="checkbox"/> 20~30分間、仰臥位で静止できない <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 意志の疎通が十分にできない <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 約3時間、検査室内に留まらない <input type="checkbox"/> 空腹時血糖 200mg/dl 以上 <input type="checkbox"/> オムツ、採尿パックの交換/廃液ができない方 <input type="checkbox"/> 重度の閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 1週間以内に胃・腸バリウム検査を実施済
---------------	---

