

診療情報提供書（PET検査用）

平成 年 月 日

紹介元医療機関の
所在地および名称 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印 _____

FAX番号 _____

患者情報

フリガナ 氏名	様	性別 男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
住所	電話番号			自宅 携帯	昼間に連絡のつく番号を記入してください。

診療情報

診断・疑					
既往歴 経過など	手術歴 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
すでに行った 検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> Angio <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他()				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発診断 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> その他()				
保険適用 について	保険適用の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (自費診療)			
	悪性腫瘍(早期胃癌を除く)患者であり、他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断ができない場合に、保険適用になります。 ※ "てんかん"および"虚血性心疾患"の診断は、当院では対応しておりません。 ※ 同一月内にガリウムシンチが行われている場合は、保険適用となりません。				
検査部位	□通常(頭頂から鼠径部) □その他(四肢の腫瘍など目的と希望範囲を記入してください。) _____				
その他の 特記事項	(未告知など、特に注意することがあれば記入してください。)				

※高額な検査ですので保険適用を良くご検討いただき、患者さんに費用の説明をよろしくお願ひします。

※急なキャンセルの場合、ご用意したお薬の費用(約5万円)を患者さんにご負担いただきます。