**診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)**

　　年　　月　　日

大阪警察病院　　　放射線診断科　御中

紹介元医療機関の所在地及び名称

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

電話番号　(　　　　)　　　　　　-　　　　　　　ＦＡＸ　(　　　　)　　　　　　　–

|  |
| --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　月　　日(　　　歳)  患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男　・　女  住所　〒  電話番号　(　　　　　) |

|  |  |
| --- | --- |
| 大阪警察病院　受診歴 | 有　・　無　　備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保  険  証 | 保険者番号 |  | | 記号 |  | | 番号 |  | 枝番 |  |
| 公費負担者番号 | |  | | 公費受給者番号 |  | | | 本人　・　家族 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 悪性腫瘍  (疑いは  保険適応外です) | □頭頚部癌（ 癌） □食道癌　□肺癌　□乳癌　□胃癌(早期癌は適応外)　　　□膵臓癌　□胆嚢癌・胆管癌　　□大腸癌　□子宮頸癌・子宮体癌　□卵巣癌  □皮膚癌 □悪性黒色腫 　 □悪性リンパ腫　 □その他( ) | | | | | | | |
| 検査目的 | □病期診断　　　□転移・再発の診断　　□その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 撮影希望範囲 | □頭部から膝上まで　　□頭部～足先まで | | | | | | | |
| 施行した画像診断 | | CT | 検査日: 　　 年　　月　　日 | | | MR I | 検査日: 　　 年　　月　　日 | |
| R I | 検査日: 　　 年　　月　　日 | | | 超音波 | 検査日: 　　 年　　月　　日 | |
| その他 | 検査日: 　　 年　　月　　日 | | | □施行していない | | |
| 病理診断 | | □細胞診　□組織診　( 　　　 )  □確定診断はないが、臨床上高い蓋然性を以て悪性診断と診断される | | | | | | |
| 腫瘍マーカー  腫瘍マーカーの数値 | | □CEA □CA19-9 □AFP □CA125 □SCC その他( )  数値( ) | | | | | | |
| 治療歴 | | □無　　□手術 □放射線治療　　　　　　□化学療法(最終投薬)  ( 年　　月　　日)　( 年　　月　　日)　 ( 年　　月　　日) | | | | | | |
| 臨床経過・画像所見  (既往歴・手術・RT  薬剤等)詳細記載  □別紙参照 | |  | | | | | | |
| 確認事項 | | 身長・体重 | | ( cm )・( kg ) | | | | |
| 糖尿病  糖尿病内服薬  内服薬の名前  インスリン | | □有　□無  □有　□無  ( )  □有　□無 | 感染症 | | | □無 □HIV □HCV □HBV  その他( ) |
| 透析 | | | □有　□無 |
| 閉所恐怖症 | | □有　□無 | 歩行 | | | □可　□不可(車椅子・ベット) |
| 予約希望日時 | | 1. 年　　月　　日　（　　　　）　②　　　　年　　月　　日　（　　　　） | | | | | | |
| 検査結果 | | * 画像CDと報告書　（検査後、2診療日後までに郵送） * 報告書のみ（検査後、2診療日後までに郵送）   □ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 医師確認 | | * 検査の正当性を説明し患者さんの承諾を得た(放射線検査は必ずチェックが必要です） | | | | | | |
|  | | ※報告書をお急ぎの際はFAXさせていただきますので、下記連絡先までご連絡下さい。  ※本申込書は下記連絡先にFAXして下さい。 | | | | | | |

**大阪警察病院　地域医療連携センター**[**TEL 06-6775-2863**](TEL:06-6775-2863（8時30分～17)**FAX 06-6775-2864**

**大 阪 警 察 病 院**