

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)	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ( ) <input type="checkbox"/> 膵臓癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌・胆管癌 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	<input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期癌は適応外) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌・子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> その他( )
--------------------------	---	--

検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発の診断 <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

撮影希望範囲	<input type="checkbox"/> 頭部から膝上まで <input type="checkbox"/> 頭部～足先まで
--------	--

施行した画像診断	CT	検査日: 年 月 日	MRI	検査日: 年 月 日
	RI	検査日: 年 月 日	超音波	検査日: 年 月 日
	その他	検査日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 施行していない	

病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ( ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> SCC その他( ) 数値( )
---------------------	---

治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手術 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 放射線治療 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 化学療法(最終投薬) ( 年 月 日)
-----	--

臨床経過・画像所見 (既往歴・手術・RT 薬剤等)詳細記載 <input type="checkbox"/> 別紙参照	
--	--

確認事項	身長・体重	( ) cm) ・ ( ) kg)		
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV
	糖尿病内服薬 内服薬の名前	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		その他( )
	インスリン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	透析	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 画像CDと報告書 (検査後、2診療日後までに郵送) <input type="checkbox"/> 報告書のみ (検査後、2診療日後までに郵送) <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

医師確認	<input type="checkbox"/> 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。