

## 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<br>(疑いは<br>保険適応外です) | <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ( ) | <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"/> 膵臓癌      | <input type="checkbox"/> 胆嚢癌・胆管癌 | <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"/> 皮膚癌      | <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫   | <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<br>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 | <input type="checkbox"/> 放射線治療 | <input type="checkbox"/> 化学療法(最終投薬) |
|     | ( 年 月 日)                   | ( 年 月 日)                    | ( 年 月 日)                       | ( 年 月 日)                            |

|                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| 臨床経過・画像所見<br>(既往歴・手術・RT<br>薬剤等)詳細記載<br><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<br>内服薬の名前<br>インスリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>( ) |                                                                 | その他( )                                                                                                            |
|      | 閉所恐怖症                     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無        | 透析                                                              | <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診療日後までに発送) |
|      | <input type="checkbox"/> 報告書のみ (検査後、2診療日後までに発送)    |
|      | <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。<br>※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 FAX 06-6775-2864

大阪警察病院