

# PET-CT (造影無) 予約依頼書

## 診療情報提供書

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携課 行き

平成 年 月 日

FAX0800-800-4305 TEL0800-800-4304

(依頼元)  
医療機関名  
所在地  
TEL  
FAX  
医師氏名

㊞

(フリガナ)		男・女	職業			
患者氏名						
生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)	当院病院受診歴(有/無) *有の場合 科 年 月頃				
患者住所	〒 自宅TEL( ) - ★日中連絡先TEL( ) -					
予約希望日	平成 年 月 日( )	下記項目があてはまる場合、検査はできません。 30分間の静止ができない、閉所恐怖症の方、認知症 ICDを埋め込んでいる方、妊娠の可能性のある又はされている方				
病名に○をつけてください						
( ) 肺癌	( ) 悪性黒色腫	歩行状態 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 身長・体重 <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg へゝスゝゝ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 腎機能異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤使用 有・無) 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 不明 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 処置禁止上肢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右・左)				
( ) 乳癌	( ) 食道癌					
( ) 大腸癌	( ) 胃癌(早期を除く)					
( ) 頭頸部癌	( ) 子宮癌					
( ) 膵癌	( ) 卵巣癌					
( ) 悪性リンパ腫	( ) その他の癌					
( ) 転移性肝癌	病名 ( )					
( ) 原発不明癌						
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"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)					
<input type="checkbox"/> 別紙の通り						
手術歴 治療歴等	手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(術式等: ) 化学療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤等: ) 放射線治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(照射範囲等: )					
備考 (患者に関する留意事項)						
添付資料	有・無 X線フィルム・内視鏡フィルム・その他( )					

○保険証のコピーもFAXしてください。(カルテ・IDカード作成等事前準備を行います。)

なお、保険証コピーのFAXができない場合には、下の主保険・併用保険の番号等を必ずご記入願います。

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人
			2. 家族
併 用 保 険	負担者番号	受給者番号	老人医療自己負担
			1. 割 2. 割
併 用 保 険	負担者番号	受給者番号	備 考