


診療情報提供書(PET-CT検査用)

紹介先  社会医療法人 共愛会
戸畑共立病院

〒804-0093
北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号

TEL 0120-008-914 FAX 0120-008-915

予約日時: 令和 年 月 日 :

注意事項

- 予約変更の締切: 検査前日の正午までにご連絡ください(中止含む)
休日はカウントしません。(例: 月曜日検査の場合は金曜日正午まで)
- 下記の場合検査が出来ないこともあります。(可能な場合もありますのでご相談下さい。)
・日常動作が不良(自力で歩行、移動が不可能な方)
・オムツが必要な方
・妊娠の可能性がある方
・小児

【紹介患者情報】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。

フリガナ 患者氏名 生年月日 (<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平) 年 月 日 生	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (才)	〒 - 住所 電話 () - 緊急連絡先 () -
身長 () cm 体重 () kg	来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
保険者番号	公費負担者番号	
記号・番号	公費負担受給者番号	
被保険者名	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
糖尿病 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) インスリン注射 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ペースメーカー・ICD (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	共立病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

病名 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) ※他の検査、画像診断医より病気診断・転移・再発の診断が確定できない患者
※疑い病名では検査出来ません

 てんかん(難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者) 虚血性心疾患(心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者)

検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移再発 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> てんかん焦点 <input type="checkbox"/> 心筋バイアビリティ
画像診断検査 + 画像読影所見	<input type="checkbox"/> CT 検査日(年 月 日) <input type="checkbox"/> RI () 検査日(年 月 日) <input type="checkbox"/> MR 検査日(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() 検査日(年 月 日)
病理診断	<input type="checkbox"/> 実施(実施の場合結果記載) <input type="checkbox"/> 未実施

病歴・臨床所見(出来るだけ詳細に記載してください。)

手術歴 (有 無) 年 月 日
術式

紹介元医療機関(名称、所在地、TEL) 年 月 日

名称: _____ 診療科: _____
 住所: _____ 担当医(フルネーム): _____
 TEL: () - _____

※情報提供書を確認させて頂き、保険診療が難しい場合はお断りさせていただく事がございますので予めご了承ください