

PET 検査依頼票(診療情報提供書)

ご記入のうえ、FAXにて送信してください

FAX 0428-25-1854

依頼元

医療機関;
診療科;
医師名;
連絡先;

ご依頼目的

(どちらかに○をつけて下さい)

() 保険診療

() 健康診断

被験者

ふりがな 生年月日; 年 月 日()歳

氏名; 体重; kg

住所; 電話;

1. 既往歴(未施行の治療および検査は空欄としてください)

疾患名 年 月 発症

保険適応希望理由 (保険診療の場合)

手術歴 (術式;) 年 月 施行

化学療法 年 月 年 月 施行

放射線治療 年 月 年 月 施行

(病歴の補足、検査についての要望等、ご記入下さい)

2. 検査歴(最近施行したものを記載してください)

CT 年 月 日 施行

MR I 年 月 日 施行

超音波 年 月 日 施行

腫瘍マーカー (項目と数値) 年 月 日 施行測定

病理診断

3. 確認項目(該当項目を囲み、必要事項を記入してください)

糖尿病; あり (空腹時血糖 mg/dl、投薬内容) ・ なし

妊娠; している していない

仰臥位約 30 分間の静止; 可能 ・ 不可能

独歩; 可能 ・ 不可能

植込み型心臓ペースメーカー、除細動器の留置; あり ・ なし

感染症; HCV ・ HB 抗原 ・ HIV ・ MRSA ・ TPHA ・ すべてなし

4. 保険情報(保険診療の場合) 保険証のコピーを送付いただいても結構です

保険者 記号 公費 受給者
番号 番号 番号 番号
被保険 負担 第 2
者氏名 割合 割 公費