**PET検査申込書　兼　診療情報提供書**

　　　　年　　　月　　　日

(記載されている個人情報はPET検査以外に利用いたしません)



**放射線科**

恵佑会札幌病院　地域医療連携室：011-863-8800（直通）　　確認者

尚、保険適応に関しましては申し込み後、当方で検討させていただきますのでご了承ください

(点線以下の部分を切り離し患者様にお渡しください)

**恵佑会札幌病院からのご連絡**

**検査予約**；　　　年　　月　　日　午前・午後　　　時　　分

　　　　　　　　　　　　　様　生年月日　T/S/H/R　　　　年　　　月　　　日

下記の日時にPET検査の予約を承りました。検査前日までに確認の連絡をさせていただく場合があります。検査当日この用紙を受付にご提示ください。受付を済ませたのち、検査30分前までに検査室へおいでください。　尚、今回の検査は

　　　　 (保険適応されます。3割あるいは１割負担)

貴院でレセプト請求されるPET適応疾患名を下記より選択してください（旧保険適応判別シートは不要）

□肺癌　□悪性リンパ腫　□大腸癌　□頭頸部癌　□膵臓癌　□乳癌　□原発不明癌　□胃がん（早期胃がんを除く）□子宮癌　□卵巣癌　□食道癌　□肝臓癌　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**患者様状態**　**体重(必須)**　　　　　kg　身長　　　　cm　**移動**（歩行・車いす・搬送）

　　　　　　　(**外来・入院**) **PET検査歴**（初回・再診）**別に添書**（あり・なし）**診断資料**(あり・なし)

**傷病名**

**臨床経過、診断時の留意点など** 検査目的：□病期診断　□再発・転移　□その他（　　　　　　　　）

ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 性別　男・女　職業

**患者様氏名**　　　　　　　 　　　　様　生年月日 T/S/H/R 　　年　　月　　日

住　　所

**連絡方法** 電話　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　携帯

**紹介元医療機関**

住所

電話番号：　 Fax番号：

医師名

**恵佑会札幌病院放射線科**

札幌市白石区本通9丁目南1-1

　恵佑会札幌病院 地域医療連携室

**電話：(011)863-8800 （直通）**

**Fax：（011)863-5666 （直通）**