

PET 検査申込書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

(記載されている個人情報 PET 検査以外に利用いたしません)

恵佑会放射線画像センター
札幌市白石区本通り 14 丁目北 1-1
恵佑会札幌病院内
電話 : (011)866-2040(直通)
Fax : (011)866-2041

紹介元医療機関
住所
電話番号 : Fax 番号 :
医師名

ふりがな		性別	男・女	職業	
患者様氏名	様	生年月日	M/T/S/H	年	月 日
住 所					
連絡方法	電話	FAX	携帯		

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 : <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発・転移 <input type="checkbox"/> その他 ()

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 ()

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

恵佑会放射線画像センターからのご連絡 (点線以下の部分を切り離し患者様にお渡しください)

様 生年月日 M/T/S/H 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

てください。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)

検査予約 ; 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

恵佑会放射線画像センター : 011-866-2040 (直通) 確認者