

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)

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)

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	T/S/H/R	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 : ☐ 病期診断 ☐ 再発・転移 ☐ 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

恵佑会札幌病院からのご連絡

(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 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

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 ; 年 月 日 午前・午後 時 分

恵佑会札幌病院 地域医療連携室 : 011-863-8800 (直通) 確認者 _____