

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 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	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 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

恵佑会放射線画像センター：011-866-2040 (直通) 確認者 _____