

# PET/CT 検査申込書（保険診療）

※お申し込みは「地域医療連携室」「高機能診断センター」どちらでも出来ます。

## 【患者基礎情報】

ふりがな.....  
氏名.....（男・女）  
生年月日 <sup>M・T</sup>.....年 月 日（<sup>S・H</sup>歳）  
住所 [ ] - [ ]  
TEL.....（ ）

## 【紹介元】

紹介日.....年 月 日  
医療機関名.....  
医師名.....  
TEL.....（ ）  
FAX.....（ ）

|   |  |      |  |
|---|--|------|--|
| 診断名   |  | 病理診断 |  |
| 検査目的  | <input type="checkbox"/> 病理診断 <input type="checkbox"/> 治療後再発診断 <input type="checkbox"/> 良悪性鑑別  |      |  |
| 検査希望日   |  |      |  |
| 実施した画像診断  | <input type="checkbox"/> CT（実施日：.....） <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> SPECT<br><input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他（.....） |      |  |
| 臨床経過、画像所見、腫瘍マーカーに関する情報<br>【注意】単に「悪性腫瘍の疑い」「腫瘍マーカー高値」のみ等は保険診療の適応となりません。 |  |      |  |

## 検査に必要な確認事項

- 糖尿病（なし・あり）→「あり」の場合の治療の内容（インスリン.....単位、内服薬）
- 閉所恐怖症（なし・あり） ●妊娠（なし・あり） ●腎機能障害（なし・あり）
- 感染症（なし・あり）→「あり」の場合、その部位、種類（.....）

## その他、検査に関わる留意点

- 患者状態PS（0・1・2・3） ●車いす（なし・あり） ●ストレッチャー（なし・あり）

JA 長野厚生連佐久総合病院 **佐久医療センター**

TEL 0267-62-8181(代表) TEL 0267-88-7316 (連携室直通)

地域医療連携室  
FAX 0267-88-7248

高機能診断センター  
FAX 0267-88-7219