|  |  |
| --- | --- |
| **PET検査　専用申込書** | **松下記念病院　　　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** |

　年　　　　月　　　　日

**松下記念病院　放射線科**

**PETセンター宛**

医療機関名

㊞

医師氏名

住所

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年月日 | 　□大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | 　□平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ ありません |

ＦＡＸ番号

★　保険が適用される要件　★

**悪性腫瘍（早期胃がんを除く）・他の検査・画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。**

|  |  |
| --- | --- |
| ※診断名 |  |
| ※検査目的 | □ 病期診断　　　　　□　転移・再発診断 |
| ※画像診断及び検査日 | □CT（　　　年　　月　　日）　□MRI（　　　年　　月　　日）　□US（　　　年　　月　　日）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　年　　月　　日） |
| 病理診断 | □細胞診・組織診（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□未実施 |
| 悪性腫瘍マーカー及びその値・検査実施日 | □CEA（　　　　：　　　年　　月　　日）　　　□CA19-9（　　　　：　　　年　　月　　日）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　年　　月　　日） |
| 手術歴 | □あり（時期　　　　年　　　月）　　術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 |
| 臨床経過等 |  |

● 下記の項目にご記入ください。※は必須項目です。

●患者情報をもれなくご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者情報 | 身長：（　　　　　　　　）㎝　　　　　　　体重：（　　　　　　　）㎏糖尿病：　□ 有 ・ □ 無　（インスリン治療：□ 有 ・ □ 無）妊娠の可能性：　□ 有 ・ □ 無　（有の場合、PET検査は受けられません）来院方法：　□ 独歩 ・ □ 車椅子 ・□ ストレッチャーオムツ等：　□ 有 ・ □ 無　（有の場合、PET検査は受けられません）ペースメーカー：　□ 有 ・ □ 無　（有の場合、詳細をお知らせください）点滴：　□ 有 ・ □ 無　 |
| □画像診断フィルム |

**上記検査における必要性（正当化）を患者様に説明済みですので検査の実施をお願いします。**

|  |
| --- |
| 受診希望日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日　（　　　　　　）　　希望 |
| 患者様が待機されている等　FAX受信後、直ちに連絡の必要がありますか？　　　　　□　有 |

備考　１．予約申し込みのFAX送信は来院希望日前日までの、平日８：３０～１7：００にお願いいたします。

　　　　２．予約日の変更希望の場合は、検査１日前の昼（１２：００）までに、患者支援連携センターへご連絡ください。

　　　　３．予約の取り消しは、検査1日前の昼（１２：００）までに、患者支援連携センターへご連絡ください。

　　　　　　これ以降のキャンセルは、患者様に放射性医薬品購入費（約５万円）を、請求させていただく場合があります。

　　　　４．このPET検査申込書に記載されている個人情報は、PET検査目的以外には利用いたしません。

**松下記念病院　患者支援連携センター**

**〒570-8540　　守口市外島町５番５５号　　直通TEL　（０６）６９９２-５３７３**