# 三菱京都病院予約センター 行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ：０７５-３８１-２１７３

PET/CT検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 性別 | 男・女 | 紹介元医療機関名　住所 | |
| 患者氏名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 住所　〒　　　　－ | | | | | ご担当医 | ㊞ |
| TEL | － |
| TEL | － | | | | FAX | － |
| 病名 | **悪性腫瘍病名（早期胃癌をのぞく）を下記より選択ください**  □ 脳腫瘍 □ 頭頸部がん □ 肺がん □ 乳がん □ 膵がん □ 大腸がん □ 子宮がん  □ 卵巣がん □ 原発不明がん □ 転移性肝がん □ 悪性リンパ腫　□ 血管炎(高安動脈炎等）  □ 心サルコイドーシス**（絶食時間が他の疾患と異なります。18時間の絶食が必要）**  □ その他悪性腫瘍（病名： ） | | | | | |
| 既往歴経過等 |  | | | | | |

**検査希望日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 希望なし | 第１希望　　　 月 　　日　（　　） | 第２希望　　 　月　　　日（　　） |

**検査結果報告 ＊必要なものすべてにチェックをお願いいたします**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **媒　　体 ►**　□　CD-R（またはDVD）　□　カラープリント | | |
| **報告方法 ►**　□　後日郵送　□　患者手渡し | 検査後1-2時間程度お待ちいただきます。  （当日手渡しは13時の予約まで可） | |
| □ 所見FAX ※ 原則、所見は翌日17時（土日祝日除く）までに完成します。 | | |
| **臨床判断**  □ 病理組織的に悪性腫瘍と確認されている  □ 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される  □ その他（ ） | | |
| **検査目的 ►** □ 病期診断 □ 転移診断 □ 再発診断 □ その他（自由診療） | | |
| **施行した画像診断 ►** □ ＣＴ □ ＭＲＩ ※検査データをご持参ください。（他医療機関の検査でも可） | | |
| 悪性腫瘍名（早期胃癌をのぞく）で、CT・MRIなど画像診断が施行されている場合に保険診療になります。  できるだけ検査データをご持参ください（他医療機関の検査でも可） | | |
| **確認項目**  ・ 留置物 ► □なし □あり（ 　　　　　　　）  ・ ＡＤＬ ► □自立 □支援要 □全介助  ・ 移動手段 ► □歩行 □車椅子 □ストレッチャー | | ・ 糖尿病 ► □なし □あり  ・ 付添い ► □なし □あり  ・ 患者状況 ► □外来　 □入院中 |

20240901