

地域医療連携 PET/CT検査 診療情報提供書

紹介先医療機関名 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 御中  
 FAX: 0120-731-063 TEL: 0120-731-062



記入日: 平成 年 月 日

**FAX2**

紹介元 医療機関:	名称 所在地		
	TEL・FAX	TEL:	FAX:
患者情報:	診療科・主治医名	診療科:	主治医名:
	フリガナ		
	患者氏名		

\* FAX送信後、捺印していただき「診療情報提供書」としてご本人様に持たせて下さい。

\* 保険適応については、厳密に定められております。検査担当医が適応外と判断した場合は、折り返し御連絡いたします。

\* 現在入院中ですか？ (□はい・□いいえ) → 「はい」の場合、DPC対象病院ですか？ (□はい・□いいえ)

臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌・ <input type="checkbox"/> 乳癌・ <input type="checkbox"/> 大腸癌・ <input type="checkbox"/> 頭頸部癌・ <input type="checkbox"/> 食道癌・ <input type="checkbox"/> 子宮癌・ <input type="checkbox"/> 卵巣癌・ <input type="checkbox"/> 転移性肝癌・ <input type="checkbox"/> 膵癌・ <input type="checkbox"/> 脳腫瘍・ <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫・ <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫・ <input type="checkbox"/> 原発不明癌・ <input type="checkbox"/> てんかん・ <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患・ <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス・ <input type="checkbox"/> その他 ( )								
検査目的	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (□病期診断・□転移・再発診断・□原発巣検索) * 早期胃がんを除く <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫)								
糖尿病	糖尿病: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有								
歩行	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> その他 (「その他」の場合、ご連絡/ご相談下さい。)								
仰臥位30分間静止	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 (「不可」の場合、検査できません。)								
独り1時間程度の待機	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 (「不可」の場合、介助者の同意が必要になります。)								
妊娠	妊娠: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有								
感染症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> HBs抗原・ <input type="checkbox"/> HCV抗体・ <input type="checkbox"/> MRSA・ <input type="checkbox"/> 結核・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) / CRP ( mg/dl)								
同一月内の検査	<input type="checkbox"/> CTを実施・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチを実施 * 主たるもののみの請求となります。								
実施画像検査 (3ヵ月)	<input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> RI・ <input type="checkbox"/> US・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) * 3ヶ月以内に画像診断を実施している必要があります								
病理検査	<input type="checkbox"/> 実施 (結果: )・ <input type="checkbox"/> 未実施 (* 理由をご記入下さい。)								
腫瘍マーカー 「判明しているもの のみで結構です」	マーカー	値	検査日	マーカー	値	検査日	マーカー	値	検査日
	SCC			AFP			PSA		
	CA-125			PIVKA-II			SIL2-R		
	CEA			CA19-9			その他		
悪性疾患の診断根拠 * 右記項目の何れかを 必ずチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 病理的に悪性疾患として確定されている。 <input type="checkbox"/> 悪性疾患として治療中もしくは治療後 <input type="checkbox"/> 臨床的に悪性疾患であると考えられる。腫瘍マーカー高値のみでは根拠となりません。								
臨床経過等 * 蓋然性の高い癌病名 をつけて下さい。疑い 診断は保険適応外です。	* 疾患名、病変位置、経過、画像診断所見、病理学的判定、治療内容 (特に手術、化学療法等) 診断の根拠等について具体的にご記入ください。								