

獨協医科大学病院PETセンター検査依頼書(診療情報提供書)

(獨協医科大学病院PETセンター提出用)

獨協医科大学病院PETセンター担当医 殿 (検査予約日時) 年 月 日 () 時 分 受付	医療機関名： 所在地： 電 話： F A X： 診療科名： 医師氏名：
保険診療 ・ 自費診療 ・ 検診	

【患者情報】

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別 男・女
患者氏名	様			
住所	〒 -	電 話	自宅番号： 携帯番号：	

※ 腫瘍マーカー高値のみ、スクリーニング目的では保険診療として検査を行うことはできません
保険適用の要件を満たさない場合は自費診療となります

【診療情報】

臨床診断名	肺癌 ・ 乳癌 ・ 大腸癌 ・ 食道癌 ・ 頭頸部癌 ・ 胃癌 (早期を除く) 肝癌 ・ 膵癌 ・ 子宮癌 ・ 卵巣癌 ・ 悪性リンパ腫 ・ 脳腫瘍 ・ 原発不明癌 その他の悪性腫瘍 () 心疾患 ・ てんかん ・ 血管炎
施行した画像診断	CT ・ MRI ・ 核医学 () ・ 超音波 ・ その他 ()
検査目的	病期診断 ・ 転移再発診断 ・ 原発巣検索 ・ その他 ()
腫瘍マーカー値等	

◀臨床経過、手術歴/放射線治療歴、病理診断等について (特に最近のものは内容・月日を詳しく記入下さい) ▶

* その他検査に関わる留意点、伝達事項があれば記入下さい

体重 kg

検査に必要な確認事項 ※記入漏れがないか今一度ご確認下さい

外来 ・ 入院中	糖尿病	有(空腹時 mg/dl) ・ 無	ペースメーカー	有 ・ 無
付き添い	(有の場合)	治療無 ・ 内服 ・ インスリン	閉所恐怖症	有 ・ 無
歩行	感染症	有 () ・ 無	妊娠	有 ・ 無
30分程度の静止	アレルギー等	有 () ・ 無	病名告知	有 ・ 無
理解力	腎機能障害	有 ・ 無	放射線影響の説明・同意	済

【保険情報】

保険者番号		被保険者氏名	
記号・番号		被保険者との続柄	
有効期限		負担率	

獨協医科大学病院PETセンター検査依頼書(診療情報提供書)

(貴院控え)

獨協医科大学病院PETセンター担当医 殿 (検査予約日時) _____年 _____月 _____日(_____) _____時 _____分 受付	医療機関名： 所在地： 電 話： F A X： 診療科名： 医師氏名：
保険診療 ・ 自費診療 ・ 検診	

【患者情報】

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	性別
患者氏名	様		年 月 日 (歳)	男・女
住 所	〒 _____		電 話	自宅番号： 携帯番号：

※ 腫瘍マーカー高値のみ、スクリーニング目的では保険診療として検査を行うことはできません
 保険適用の要件を満たさない場合は自費診療となります

【診療情報】

臨床診断名	肺癌 ・ 乳癌 ・ 大腸癌 ・ 食道癌 ・ 頭頸部癌 ・ 胃癌 (早期を除く) 肝癌 ・ 膵癌 ・ 子宮癌 ・ 卵巣癌 ・ 悪性リンパ腫 ・ 脳腫瘍 ・ 原発不明癌 その他の悪性腫瘍 () 心疾患 ・ てんかん ・ 血管炎
施行した画像診断	CT ・ MRI ・ 核医学() ・ 超音波 ・ その他()
検査目的	病期診断 ・ 転移再発診断 ・ 原発巣検索 ・ その他()
腫瘍マーカー値等	

◀臨床経過、手術歴/放射線治療歴、病理診断等について(特に最近のものは内容・月日を詳しく記入下さい)▶

* その他検査に関わる留意点、伝達事項があれば記入下さい

体重 kg

検査に必要な確認事項 ※記入漏れがないか今一度ご確認下さい

外来 ・ 入院中	糖尿病	有(空腹時 _____ mg/dl) ・ 無	ベースマーカー	有 ・ 無
付き添い	有(家族・その他) ・ 無	(有の場合)	治療無 ・ 内服 ・ インスリン	閉所恐怖症
歩 行	可 ・ 不可(車椅子・ストレッチャー)	感 染 症	有() ・ 無	妊 娠
30分程度の静止	可 ・ 不可	アレルギー等	有() ・ 無	病名告知
理解力	良 ・ 不良	腎機能障害	有 ・ 無	放射線影響の説明・同意
				済

【保険情報】

保険者番号	被保険者氏名		
記号・番号	被保険者との続柄		
有効期限	負担率		