

RI・PET-CT 予約申込書（兼 診療情報提供書）

〒090-8666
 北見市北6条東2丁目1番地
 北見赤十字病院 地域医療連携室 宛
FAX 0120-018-599
 TEL 0120-018-299

〈受付時間〉 8:30~16:00
 〈休診日〉 土日祝日、5月1日
 12月29日~1月3日

[紹介元] 申込年月日 年 月 日
 医療機関名
 住所
 T E L
 F A X
 診療科
 医師名
 担当者名

太枠内を全て記入してFAXしてください。

ふりがな	旧姓	性別	年齢	生年月日
氏名	()	男・女	才	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒			
電話	電話1 () -		電話2 () -	
緊急連絡先	氏名	ご関係	電話 ()	-
北見赤十字病院 患者番号	<input type="checkbox"/> あり (患者番号) <input type="checkbox"/> なし、不明 *旧姓や旧住所等を確認させていただくことがあります。			
保険情報	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災			
状態	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: 月 日)			
予約希望日	*来院時間は8時のご案内になります。診察と検査の間に空き時間が発生することがあります。 第1希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> 曜日希望あり (曜日) 第2希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () 第3希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> いつでも良い			
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> ダットスキャン→ <input type="checkbox"/> 休薬不要 <input type="checkbox"/> 休薬必要 (予定休薬日数 日間) 服薬情報も一緒にFAXしてください <input type="checkbox"/> 骨シンチ *他のRI検査を希望する場合は外来診療としてお申込みください。			
<input type="checkbox"/> PET-CT	検査目的	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌を疑うが病理診断により確定診断が得られない <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断で膵癌を疑うが腫瘍形成性膵炎との鑑別が困難 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> てんかん (難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる場合のみ) <input type="checkbox"/> 自費 (保険適用外: 患者さんへ請求)		
	臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 *保険適用は悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) と確定診断された場合のみ。 <input type="checkbox"/> その他 (病名:)		
	病理診断	<input type="checkbox"/> 病理診断あり (所見等:) <input type="checkbox"/> 病理未確定だが、画像診断・腫瘍マーカー等から臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される。		
	施行済検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 () *当月または前月の画像が必要です。		
糖尿病薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン *薬剤は絶食時間より中止			
RI・PET-CT共通	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査を受けられません)		
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査に耐えられる)		
	仰臥位保持	<input type="checkbox"/> 可能 (30分以上) <input type="checkbox"/> 不可能 (検査を受けられません)		
	移動/排泄/着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族の付添・介助 <input type="checkbox"/> 施設 (病院) 職員の付添・介助		
	身長	cm	計測日	年 月 日
体重	kg	計測日	年 月 日	

臨床経過、検査目的 (最近の手術・化学療法・放射線治療は月日・内容をご記入ください) *本欄は別添でも結構です

* 当院で実施不可と判断した場合は、検査ができないことがあります。