

# 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 地域連携課 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

太枠内を全て記入しFAXしてください。

〔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

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |               |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 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<br>患者番号                                        | <input type="checkbox"/> あり (患者番号 )<br><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。診察と検査の空き時間が発生することがあります。<br>第1希望日 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 曜日希望あり ( 曜日)<br>第2希望日 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( )<br>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) 服薬情報も一緒にFAX下さい。<br><input type="checkbox"/> 骨シンチ *他のRI検査を希望される場合は外来診療としてお申込ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |               |
| <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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス<br><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)<br><input type="checkbox"/> 自費(保険適応外:患者さんへ請求) |          |               |
|                                                        | 臨床診断                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(病名: ) *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<br><input type="checkbox"/> その他(病名: )                                                                                                                                                                                                                                  |          |               |
|                                                        | 病理診断                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 病理診断あり(所見等: )<br><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)<br>閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(検査に耐えられる場合のみ検査可能)<br>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)<br>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<br>体外測定機器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【除去してからの撮影となります。貼り替えをご持参下さい】<br>身長 cm 計測日 年 月 日<br>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・内容をご記入下さい) *本欄は別紙でも結構です。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |               |

\*当院で実施不可と判断した場合、検査ができないことがあります。