|  |
| --- |
| **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

［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

〈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 | □あり　　（患者番号　　　　　　　　　　　　　　　）□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 | □生保　　　□労災　　　 |
| 状　態 | □外来で待っている　　　□すでに帰宅　　　□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（　　）　　□曜日希望あり　（　　　　　　曜日）第２希望日　　　　　月　　　日（　　）　　□都合の悪い日　（　　　　　　　　　　　　）第３希望日　　　　　月　　　日（　　）　　□いつでも良い |
| **□RI** | □ダットスキャン→　□休薬不要　□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□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。 |
| **□PET-CT** | 検査目的 | □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□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□他の検査、画像診断で膵癌を疑うが腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難□心サルコイドーシス□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）□自費（保険適用外：患者さんへ請求） |
| 臨床診断 | □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。□その他（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病理診断 | □病理診断あり（所見等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□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 | □CT □MRI □その他（　　　　　　　　）＊当月または前月の画像が必要です |
| 糖尿病薬 | □なし □内服薬 □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　□なし　□あり（検査を受けられません）閉所恐怖症　　□なし　□あり（検査に耐えられる場合のみ検査可能）仰臥位保持　　□可能（30分以上） □不可能（検査を受けられません）移動/排泄/着替 □自立　□家族の付添・介助　　□施設（病院）職員の付添・介助体外測定機器　□なし□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】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。