

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

[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、本紙と診療情報提供書を一緒に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 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) 服薬情報も一緒にFAXして下さい。 ☐ 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。			
☐ 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、画像診断で脾癌を疑うが腫瘍形成性脾炎との鑑別が困難 ☐ 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 (保険適応外: 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。