診療情報提供書（FDG-PET依頼書）

　　　　　　　　　　　　　　　横須賀市立総合医療センター　放射線科担当医宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | □男  □女 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 西暦　　　　 　 年　　 　月　　 　日  （ 　 　　歳） |
| 住所 | 〒（　　　　　―　　　　　）    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話：　　　　　（　　　　　） | | |
| 予約日時 | 西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日　　　　　　時　　　　　分 | | |
| 依頼施設  医師名  電話番号 | 施設名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科（　　　　　　　　　　　　）  医師名　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　（　　　　　） | | |
| 妊娠 | □無　　□有（※有は検査不可） | 体重 | kg  **※薬剤の投与量を決めるため正確に記載してください。** |

|  |  |
| --- | --- |
| **診療区分**　 □保険診療　　□自由診療  （※自由診療は105,000円） | **検査目的**（※スクリーニング・良悪鑑別は保険適用外）  □病期診断  □治療効果判定（悪性リンパ腫のみ）  □転移・再発診断（画像検査で再発・転移が疑われる場合）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **診断名**　　□悪性腫瘍（※早期胃がんは保険適用外）  　　　　　　　　　　　癌  　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　 腫 □自由診療  （※診断名がある場合は記載してください） |
| **病理診断**（※下記以外は保険適用外）  □あり（病理組織診断名：　　　　　　　　）  □悪性の確定診断が得られないが、臨床病歴、身体所見、その他の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される。  □なし |
| **臨床経過等**（※別紙添付でも問題ございません） |
| **当該疾患の治療歴**  手術歴：　　　□無　□有（　　　　年　　月）  　　　　術式    放射線治療：　□無　□有（　　　　年　　月）  化学療法：　　□無　□有（　　　　年　　月） |
| **施行済検査**　□ CT □ MRI □ RI  　　　 □ US　□ ES　 □ MMG |