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　　 |