

# 診療情報提供書 (PET-CT用)

地域医療連携センター / 直通電話(0587)51-3344・FAX(0587)51-3343

年 月 日

JA愛知厚生連 江南厚生病院  
放射線科 御担当医先生

医療機関名
医師名
TEL( ) - FAX( ) -
印

【希望日時①】	年 月 日	【希望日時③】	年 月 日
【希望日時②】	年 月 日	<input type="checkbox"/> いつでもよい	

受	フリガナ	男・女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生(才)
診	氏名	(旧姓)	自宅電話	( )	
			携帯電話	( )	
住	〒 -				
所					

PET-CT検査は、保険診療による場合のみです。必ず下記にチェック☑をしてください。

疾患	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)	・早期胃癌を除く悪性腫瘍の「病期診断」または「転移・再発」の診断が保険適応です ・疑い病名での検査は保険適応外です
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発	
3ヶ月以内の画像検査 又は、病理診断の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・画像診断又は、病理診断が3ヶ月以内に施行されていない場合、保険適応外です

臨床診断	
検査施行日	年 月 日 <input type="checkbox"/> CT撮影済 ・ <input type="checkbox"/> MR撮影済 ・ <input type="checkbox"/> 病理診断済
臨床情報	<input type="checkbox"/> 別紙参照

こうせいネット:カルテ公開及び参照につき	<input type="checkbox"/> 説明、同意了承済	<input type="checkbox"/> 説明、希望なし
----------------------	-----------------------------------	----------------------------------

\*予約票をFAX返信致しますので患者さんにお渡しください。受付時間以降は翌診療日 8:30以降の返信となります。