

## 川崎市立川崎病院

### 診療申込書「PET-CT 診療情報提供書（紹介状）」

- PET-CT 検査をお申込みいただく際はこの様式をご利用ください
- お申し込みは、患者総合サポートセンターあてにお願い致します
- お申し込み方法は、以下の通りです

#### <お申し込み方法>

1. 電話予約 TEL 044-246-1289（患者総合サポートセンター）

受付時間：平日 8：30～17：00

電話時には患者氏名と生年月日を確認させていただきます。

ここで、検査日時を決めさせていただきます。

2. 川崎病院より、以下の書類を FAX いたしますので、患者様に内容をご説明いただいた上で、お渡しください

- ① PET-CT 検査（FDG）を受ける患者様へ
- ② PET-CT 検査（FDG）について
- ③ PET-CT 検査（FDG）を受ける前の注意
- ④ PET-CT 検査（FDG）問診票 ← 検査時に患者様が記載し持参してください。

3. 診療申込書の送付 FAX 044-246-1052（患者総合サポートセンター）

PET-CT 診療情報提供書  
（紹介状）



事前にカルテを作成するとともに、PET-CT 検査の適応などについて確認させていただきます。

必要事項をご記入の上、FAXをお願いします。

また、患者様に持参していただく用紙でもあります。

封筒に入れて患者様にお渡しください。

PET-CT 診療情報提供書  
（紹介状）（控）



紹介元医療機関様の控としてご利用ください。

上記の FAX はこちらの用紙でも構いません。

PET-CT 診療情報提供書  
(紹介状)

保険者番号							本人	公費	有
被保険者証	記号	番号				家族	無		

科	放射線診断科
日程	年 月 日 ( 曜日 )

紹介元医療機関名

所在地

医師名

## ●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	身長: cm	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
氏名			体重: kg		
住所	〒 -	電話: ( )		携帯: ( )	
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号 ( )			

## ●希望されるPET-CT 撮像範囲

<input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿基部	<input type="checkbox"/> 上肢・下肢を含む全身
-----------------------------------	-------------------------------------

臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 軟部組織腫瘍 <input type="checkbox"/> 胃癌 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 ※スクリーニングおよび良悪鑑別目的の検査はおこなっていません。				
臨床経過 (治療経過等、 詳細に記載を お願いします)	<input type="checkbox"/> 別添あり				
治療歴	<input type="checkbox"/> 別添あり 手術歴: 無・有 ( 年 月 ) 術式:		<input type="checkbox"/> 別添あり 化学療法: 無・有 ( 年 月 ) 放射線治療: 無・有 ( 年 月 )		
提供診療情報	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 ( )				
病理検査・ 腫瘍マーカー等					
現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (DPC 対象病院に入院中の場合、保険適用となりませんので、ご注意ください) ※生活保護を受けている方は事前に福祉事務所への連絡が必要となります				
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖: mg/dL) ※検査当日は糖尿病薬の使用は避けてください				
移動形態	<input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 (付き添い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子 (付き添い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
病名告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合、検査不可)
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	理解力	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	30 分間の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※ICD が植え込まれている場合、検査を行うことができません。ペースメーカー			
植込型除細動器 (ICD)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	が植え込まれている場合、ペースメーカー手帳を必ず持参してください。忘れた場合は検査できないことがあります。			

PET-CT 診療情報提供書  
(紹介状) (控)

保険者番号							本人	公費	有
被保険者証	記号		番号			家族	無		

科	放射線診断科
日程	年 月 日 ( 曜日 )

紹介元医療機関名

所在地

医師名

## ●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	身長: cm	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
氏名			体重: kg		
住所	〒 -	電話: ( )		携帯: ( )	
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号 ( )			

## ●希望されるPET-CT 撮像範囲

<input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿基部	<input type="checkbox"/> 上肢・下肢を含む全身
-----------------------------------	-------------------------------------

臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 軟部組織腫瘍 <input type="checkbox"/> 胃癌 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 ※スクリーニングおよび良悪鑑別目的の検査はおこなっていません。					
臨床経過 (治療経過等、 詳細に記載を お願いします)	<input type="checkbox"/> 別添あり					
治療歴	<input type="checkbox"/> 別添あり 手術歴: 無・有 ( 年 月 ) 術式:			<input type="checkbox"/> 別添あり 化学療法: 無・有 ( 年 月 ) 放射線治療: 無・有 ( 年 月 )		
提供診療情報	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 ( )					
病理検査・ 腫瘍マーカー等						
現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (DPC 対象病院に入院中の場合、保険適用となりませんので、ご注意ください) ※生活保護を受けている方は事前に福祉事務所への連絡が必要となります					
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖: mg/dL) ※検査当日は糖尿病薬の使用は避けてください					
移動形態	<input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 (付き添い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子 (付き添い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
病名告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合、検査不可)	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	理解力	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	30 分間の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※ICD が植え込まれている場合、検査を行うことができません。ペースメーカー が植え込まれている場合、ペースメーカー手帳を必ず持参してください。忘れた 場合は検査できないことがあります。				
植込型除細動器 (ICD)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					