

紹介状 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

関西医科大学附属病院

放射線科 検査担当医

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒 電話番号	関西医大受診歴 有・無・不明 有の場合 ID 番号 ()		

検査項目：CT (単純・造影) MRI (単純・造影) 核医学 (PET-CT・シンチ)
コーンビームCT パノラマ
その他()

主訴および傷病名

アレルギー
薬物過敏 食物過敏

既往歴および家族歴 嗜好

現病歴および現歴
検査所見
治療経過等

現在の処方

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付下さい。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861

PET-CT 検査連絡票

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名		生年月日	年 月 日
紹介元医療機関名		紹介元電話番号	

診断名 (チェックを入れて下さい)	備考
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ① 確定診断名 () ② PET-CT前に実施された検査、及び実施年月日 <input type="checkbox"/> CT (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> MRI (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> 細胞診 (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> 組織診 (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> その他 () (実施年月日 / /) ③ 検査目的をチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定	① 悪性腫瘍は、早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含みます。 ② 他の検査、又は画像診断により病期診断、又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に限ります。 ③ 疑い病名は保険適応となりません。 ④ 検査当日、紹介状及びフィルム、検査結果のコピーをご持参頂きますよう、ご配慮下さい。
<input type="checkbox"/> 血管炎 (保険適応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない患者に限ります。
<input type="checkbox"/> 心疾患 (保険適応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	心サルコイドーシスの診断(心臓以外でサルコイドーシスと診断され、心電図心エコー等で心臓病変を疑う所見を認める場合)、心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に限ります。
<input type="checkbox"/> 自費によるPET-CT検査 ・診断名 ()	・検査料(自費)：約13万～14万円

関西医科大学附属病院

《予約受付》 平日 午前8時30分～午後8時 土曜日 午前8時30分～午後12時30分

《休診日》 日曜、祝日、第2・4土曜日

[地域医療連携部] 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861