

長崎大学病院紹介PET予約申込書（3枚あります）

長崎大学病院

地域医療連携センター 行

FAX番号 095-819-7305

電話：095-819-7930

基本情報

受付：月～金 午前9時00分～午後5時00分（祝日・12月29日～1月3日の間を除く）

予約は検査予定日2日前の正午（月曜検査は前週木曜正午）で締切となります

※急を要する場合は本予約システムではなく、直接診療科にご紹介ください。

受診希望日 なし ・ あり【 年 月 日（ ）希望】

長崎大学病院受診歴（あり・なし）

ご紹介患者情報 ※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓を記載ください。

フリガナ 氏名	旧姓（ ）		性別
			男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒	電話（ ）	
緊急連絡先	（ ）続柄；		

保険情報

保険者番号				
記号・番号	記号		番号	
資格取得日	年 月 日			
被保険者氏名			被保険者との続柄	本人・家族
	公費負担番号		受給者番号	
原爆等				

紹介元医療機関情報

名 称			
所在地			
電話・FAX	TEL	FAX	
診療科・主治医名	科・主治医名		

※ 事前カルテ作成のため、紹介患者情報（フリガナ・生年月日もお忘れなく）、保険情報は必ずご記入ください。

紹介先 長崎大学病院PET・イメージングセンター

診療情報(提供書)

FAX 送信後、主治医の押印をいただき、「診療情報提供書」として患者さんに持たせていただくことも可能です。ただし、その場合はできるだけ詳細な記載をお願いします。

記入日： 年 月 日

紹介元医療機関名： _____

主治医名： _____ 印 _____

患者氏名： _____

(FAXの取り違えを防ぐため再記ください)

保険適応となるPETの疾患名は

#1：悪性腫瘍（早期胃癌を除く）：他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

#2：てんかん：難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に利用する。

#3：虚血性心疾患：虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。

と、なっていることにご留意ください。ただし、「#3：虚血性心疾患」については、検査法が全く異なりますので、あらかじめ放射線部・RI診療室にご相談ください。

ご紹介目的・疾患名（レセプトに記載する症状・経過を詳記してください）					
★【悪性腫瘍の「疑い」ではPET適用外になります】					
腫瘍マーカー そのほか		値	検査日	3ヶ月以内に 実施した画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US そのほか
	CEA				
	CA19-9				
	CA125				
	AFP			病理診断 <input type="checkbox"/> 施行している 結果： <input type="checkbox"/> 施行していない	
	SCC				
	sIL2-R				

留意事項	感染症	<input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	糖尿病	なし・あり（ありの場合絶食時血糖値 ）		
	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中		
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 押し車歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子（車椅子の場合、介護状態について検査当日までにご連絡下さい。TEL：095-819-7581）★ストレッチャーの方の検査はできません		
	ペースメーカー	なし・あり（ありの場合、型式がわかればご記入ください）		
	仰臥位で30分静止できるか		可 ・ 不可	
	1時間一人で個室で待機できますか？		可 ・ 不可	
	その他留意点			

★ 現在入院中ですか？ （はい・いいえ）

→ 「はい」の場合、DPC対象病院ですか？（はい・いいえ）

★ 今月、CT撮影を行いましたか？ （はい・いいえ）

PET依頼チェックリスト

ポジトロン断層撮影(PET)については、保険診療として実施する上で、疾患が悪性腫瘍であること(「疑い」は不可です)にくわえ、具体的病態(「他の検査、画像診断により病期診断、転移再発の診断が確定できないこと」)が定められています。このため、この要件を満たすか否かの確認のため以下のチェックリストのチェックと記載をお願いいたします。

いずれのチェックもない場合、また記載が不十分な場合は、検査依頼を保留として、画像診断担当医より改めてご連絡の上検査の可否を決定させていただきますので、ご了承ください。

患者氏名: _____ (FAXの取り違えを防ぐため再記ください)

☐ **すでに病理学的に悪性疾患として確定されている**

疾患名、病変の位置、経過、画像診断所見、病理学的判定、などの記載をお願いします。

☐ **悪性疾患として治療が行われている、ないし行われた後である**

治療内容（手術、化療等）の記載をお願いします。詳細は不要ですが治療後の経過期間は重要です。

☐ **臨床的に悪性疾患であると考えられる**

病名と診断の根拠（行われた検査と所見など）の記載をお願いします。腫瘍マーカー高値のみでは根拠とはなりません。