

診療情報提供書 (PET検査依頼書)

永仁会シーズクリニック宛 <1枚目>

患者様
氏名

生年月日

男・女

住所 〒 _____

TEL: () ()

携帯: () ()

身長・体重 _____ cm _____ kg

貴院のIDカードをインプリントしてください。

検査予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (午前・午後) _____ 時 _____ 分

医療機関

診療科

担当医師(フルネーム)

TEL. () ()

保険適用条件: 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)

臨床診断	肺癌 大腸癌 乳癌 悪性リンパ腫 頭頸部癌() 食道癌 胃癌 膵癌 肝癌 子宮癌(頸・体) 卵巣癌 前立腺癌 転移性腫瘍() その他()												
検査目的	病期診断 転移・再発診断												
病理診断 (必ず○で囲んでください)	あり (組織型 _____) なし (病理診断による確定診断は得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断)												
腫瘍マーカー	CEA () ・ CA19-9 () ・ SCC () ・ CA125 () シフラ () ・ NSE () ・ IL-2R () ・ 他												
持参画像	CT MR 単純X線 その他()												
臨床経過等													
治療歴	<table border="0"> <tr> <td>・手術歴</td> <td>年 月</td> <td rowspan="5">術式・治療内容</td> </tr> <tr> <td>・化学療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・ホルモン療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・放射線治療</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・免疫療法</td> <td>年 月</td> </tr> </table>		・手術歴	年 月	術式・治療内容	・化学療法	年 月	・ホルモン療法	年 月	・放射線治療	年 月	・免疫療法	年 月
・手術歴	年 月	術式・治療内容											
・化学療法	年 月												
・ホルモン療法	年 月												
・放射線治療	年 月												
・免疫療法	年 月												
糖尿病	無 ・ 境界型 ・ 有 ※糖尿病薬剤について: 検査当日の服用(投与)には注意が必要です。												
自力歩行	可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー												
告知済・未	人工肛門 無 ・ 有	輸液 無 ・ 有											
HBsAg - ・ + ・ 未	気管切開 無 ・ 有	30分静止 可 ・ 不可											
HCVAb - ・ + ・ 未	妊娠 無 ・ 有	閉所恐怖症 無 ・ 有											
ペースメーカー ・ ドレーン ・ ポート ・ 他()	処置	酸素 ℓ その他()											

(本人様控)3枚目を必ず患者様へお渡しください。

※検査当日の注意事項等について、当院の担当者から患者様へご連絡いたします。

永仁会シーズクリニック 御中

次回外来日 _____ 月 _____ 日

上記の患者のPET検査及び診断をお願い申し上げます。

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

診療情報提供書 (PET検査依頼書)

貴院控 <2枚目>

患者様
氏名

生年月日

男・女

住所 〒 _____

TEL: () ()

携帯: () ()

身長・体重 _____ cm _____ kg

貴院のIDカードをインプリントしてください。

検査予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (午前・午後) _____ 時 _____ 分

医療機関

診療科

担当医師(フルネーム)

TEL. () ()

保険適用条件: 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)

臨床診断	肺癌 大腸癌 乳癌 悪性リンパ腫 頭頸部癌() 食道癌 胃癌 膵癌 肝癌 子宮癌(頸・体) 卵巣癌 前立腺癌 転移性腫瘍() その他()											
検査目的	病期診断 転移・再発診断											
病理診断 (必ず〇で囲んでください)	あり (組織型 _____) なし (病理診断による確定診断は得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断)											
腫瘍マーカー	CEA () ・ CA19-9 () ・ SCC () ・ CA125 () シフラ () ・ NSE () ・ IL-2R () ・ 他											
持参画像	CT MR 単純X線 その他()											
臨床経過等												
治療歴	<table border="0"> <tr> <td>・手術歴</td> <td>年 月</td> <td rowspan="5">術式・治療内容</td> </tr> <tr> <td>・化学療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・ホルモン療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・放射線治療</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・免疫療法</td> <td>年 月</td> </tr> </table>	・手術歴	年 月	術式・治療内容	・化学療法	年 月	・ホルモン療法	年 月	・放射線治療	年 月	・免疫療法	年 月
・手術歴	年 月	術式・治療内容										
・化学療法	年 月											
・ホルモン療法	年 月											
・放射線治療	年 月											
・免疫療法	年 月											
糖尿病 無	境界型 有 ※糖尿病薬剤について: 検査当日の服用(投与)には注意が必要です。											
自力歩行 可	車椅子 ストレッチャー											
告知 済・未	人工肛門 無・有											
輸液 無・有	検査日現在(見込) 外来・入院中											
HBsAg -・+・未	気管切開 無・有	入院中の場合の入院病棟										
30分静止 可・不可	妊娠 無・有	□一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1)										
HCVAb -・+・未	閉所恐怖症 無・有	□その他()										
ペースメーカー・ドレーン・ポート・他()	処置 酸素 その他()	□その他()										

(本人様控(3枚目)を必ず患者様へお渡しください。)

※検査当日の注意事項等について、当院の担当者から患者様へご連絡いたします。

永仁会シーズクリニック 御中

次回外来日 _____ 月 _____ 日

上記の患者のPET検査及び診断をお願い申し上げます。

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

患者様
氏名

生年月日

男・女

住所 〒 _____

TEL: ()

携帯: ()

身長・体重 _____ cm _____ kg

貴院のIDカードをインプリントしてください。

検査予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (午前・午後) _____ 時 _____ 分

医療機関

診療科

担当医師(フルネーム)

TEL. ()

(ご本人様控(3枚目)を必ず患者様へお渡しください。)

予約時刻ちょうどにご来院ください

■検査当日にお持ち頂くもの

- 健康保険証
- 各種公費医療受給者証(医療券・限度額適用認定証・減免証明書などをお持ちの方。
当院は難病指定医療機関ではないため、**指定難病医療の受給者であっても医療費のお支払いが必要です。**)
- 診療情報提供書・紹介状(主治医からお預かりしたもの)
- フィルム・CD-ROM等(主治医からお預かりしたもの)
- 服用中の薬(痛み止め、心臓の薬など緊急時に服用するものは必ずお持ちください。)
- お薬手帳
- ペースメーカー手帳、ペースメーカーカード(心臓ペースメーカーをご利用の場合)

■検査にあたってのご注意

- 事前のご案内
検査にあたって注意点がありますので、検査前日までに当院からお電話いたします。なお、お仕事等のご都合で電話に回答できない場合は、患者様から当院に必ずお電話ください。

TEL:04-2903-7888 受付9:00~17:30

- 食事制限
ご来院の6時間前からお食事を中止してください。水、白湯、茶は制限無くお飲みいただけます。お食事、糖分の含まれる飲み物、菓子、ガム等を摂られますと検査の質が低下し、診断にも影響がでます。
- 糖尿病の方へ
食事をしたら、内服、インシュリン注射をなさってください。

- 検査の所要時間
約3時間かかります(ご来院からお帰りまで)。
- 結果説明
当院は、主治医の先生のご依頼に基づいて検査を行います。患者様への結果説明はいたしません。画像診断結果は、撮影した画像とともに主治医の先生にご報告いたしますので、患者様は主治医の先生から結果説明をお受けください。
- キャンセル等
体調等により、やむを得ずご受診できない場合、あるいは予定時刻に間に合わない場合は、直ちに当院までお電話ください。また、キャンセルや検査日を延期なされた場合は、その旨を患者様から主治医の先生にお伝えください。

■検査料金の目安

保険種類や検査内容により異なります。
3割負担……33,000円前後
※診療報酬改定により、料金が変わる場合があります。
お支払いに、クレジットカード、ジェイデビットをご利用いただけます。



交通 裏面地図参照

所在地 〒359-1124 埼玉県所沢市東住吉7-5

TEL: 04-2903-7888

水曜日休診(ホームページでご確認ください。)



医療法人永仁会

永仁会シーズクリニック

電車でお越しく下さい。所沢駅から徒歩5分です。

当院駐車場は駐車できる台数が少ないため、ストレッチャーの方の利用を優先させていただいております。
 当院駐車場が満車の場合は**周辺のコインパーキングをご自身のご負担でご利用**いただくこととなりますのでご了承ください。



西武池袋線・新宿線「所沢駅」南口より徒歩5分



関越自動車道 所沢インターチェンジより約7km
 カーナビは住所で設定 埼玉県所沢市東住吉 7-5

路線地図

