

検査依頼書(診療情報提供書)

検査予約日時: 年 月 日 () 午前・午後 時 分

患者様	フリガナ	性別	貴医療機関 診療科 担当医師名 (フルネーム) 住所 〒 TEL FAX
	氏名	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
	生年月日	(歳)	
	住所 〒		
	TEL		
	携帯		

画像診断検査	<input type="checkbox"/> FDG-PET/CT	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	部位:
	保険適応の条件 早期胃癌を除く悪性腫瘍: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様 ※疑い疾患や治療前・治療後の定期的スクリーニングは保険適応できません。		※撮影部位を入力してください ※造影検査の場合、下記にCreをご記入ください。
臨床診断	<input type="radio"/> 脳腫瘍 <input type="radio"/> 頭頸部癌 <input type="radio"/> 肺癌 <input type="radio"/> 食道癌 <input type="radio"/> 乳癌 <input type="radio"/> 転移性肝癌 <input type="radio"/> 膵癌 <input type="radio"/> 卵巣癌 <input type="radio"/> 子宮頸癌 <input type="radio"/> 子宮体癌 <input type="radio"/> 大腸癌 <input type="radio"/> 悪性リンパ腫 <input type="radio"/> 胃癌(早期癌を除く) <input type="radio"/> 悪性黒色腫 <input type="radio"/> 原発不明癌 <input type="radio"/> 大型血管炎 <input type="radio"/> その他 ()		
持参画像	<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	患者病識(告知の有無等)	<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無

検査・治療歴	・施行した画像診断: <input type="radio"/> 有 (<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Xp <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="radio"/> 無 (自費)
	・病理検査:	<input type="radio"/> 未実施
	・治療歴(手術・放射線治療): <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 (部位:)	

検査目的 いずれかに、 チェックを お願いします。 (必須)	<input type="checkbox"/> 画像診断や病理検査など精査により悪性腫瘍の診断が確定した患者様の病期診断・ 転移診断(主たる精査の種類:)	血液データ(検査日3か月以内)		
	<input type="checkbox"/> 確定診断は得られていないが画像診断や臨床病歴・臨床経過、身体所見、腫瘍マーカーなどから臨床上医師が高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断した場合の病期診断 (主たる判断根拠:)	採血日	/	
	<input type="checkbox"/> 第一段階治療終了後の第二段階治療方針決定のための病期診断 (第一段階治療: 第二段階治療:)	糖代謝	血糖値	
	<input type="checkbox"/> 転移・再発の検査所見、臨床的徴候がある場合(所見・徴候:)	腎機能	Cre	
	<input type="checkbox"/> 治療後に腫瘍が残存、あるいは治療後の変形・瘢痕と再発との鑑別が困難な症例 (施行検査:)		※eGFRが30未満はMRI造影不可	
	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 [他病名の治療の効果判定は保険検査できません]	腫瘍マーカー	CEA	
<input type="checkbox"/> 大型血管炎と診断のついている患者様の他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方。	SCC			
<input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシスにおける炎症部分の診断が必要とされる方。(前処置が必要です) ※下記「診療情報の要約等」に詳細な経緯の記載をお願いします。	PSA			

[現在状況] <input type="radio"/> 外来・ <input type="radio"/> 入院中	[酸素] <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無
[移動方法] <input type="radio"/> 歩行・ <input type="radio"/> 車イス・ <input type="radio"/> ストレッチャー	[高カロリー輸液(ブドウ糖を含んだ輸液)] <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無
[閉所恐怖症] <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	[妊娠可能性] <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無
[ペースメーカー] <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	[体内金属] <input type="radio"/> 有 ()・ <input type="radio"/> 無
[糖尿病] <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 ※糖尿病薬:当日の朝は使用しないでください	[感染症] <input type="radio"/> 有 ()・ <input type="radio"/> 無
検査時に必要な処置・留意点など()	
現在の処方: 糖尿病薬 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射)	

FAX番号 043-299-2001

東京ベイ先端医療・幕張クリニック

本書は個人情報の為、番号を再確認ください
特にゼロ発信の場合は
0-043-299-2001にて送信ください

〒261-0024 千葉県千葉市美浜区豊砂1番17
お問合せ : 043-299-2000 URL <https://www.aoikai.jp/tokyobay/>