

診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）

- | | |
|---------------------------|-----|
| ・診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）3枚1組 | 25組 |
| ・診療情報提供書（画像診断依頼書）送付申込書 | 1枚 |



〒060-0042
札幌市中央区大通西17丁目1-27
札幌 メディケアセンタービル桂和1F
TEL 011-623-1131
FAX 011-623-1132

平日 9:00～17:00
土曜 9:00～12:30
※土曜日/月1回 9:00～17:00

診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）

セントラルCクリニック提出用

【紹介先】



社会医療法人 積心会

セントラルCクリニック

記載日 年 月 日

紹介元

医療機関名
所在地

電話番号

診療科

担当医

患者様情報

フリガナ

お名前

様

男・女

生年月日

大・昭・平

年

月

日(才)

ご住所

〒

TEL

-

-

検査日

月

日

()

時

分

予約

■移動

歩行・杖・車いす・ストレッチャー

■身長

cm / 体重

kg

■感染症

無・有 → 病名 ()

■ペースメーカー/ICD

無・有 → 機種 ()

保険適用となるもの

■悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）

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使用する

■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使用する

■心疾患

虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る）又は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使用する

■血管炎

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のつかない患者に使用する

- ・画像等で腫瘍が確認されていない腫瘍マーカー高値・不明熱・体重減少等での原発不明癌は保険適用外です
- ・悪性腫瘍の疑いや早期胃癌は保険適用外です

臨床診断名

貴院のカルテ・診療報酬明細書にも同一の病名記載が必要となります

診断・経過・検査目的

1 レセプト上の診断名は悪性腫瘍ですか？

いいえ

はい → 目的（病期診断・再発診断）

2 悪性腫瘍と診断していますか？

いいえ

はい →（病理診断・臨床上）

3 画像診断、または他の検査を行っていますか？

いいえ

はい 検査名 ()
検査日 (年 月 日)

4 糖尿病の既往はありますか？

いいえ

はい

5 同月内にガリウムシンチを行っていますか？

いいえ

はい ※行っている場合PET検査は保険適用外です

6 他院を含め3ヶ月以内にPET検査を受けていますか？

いいえ

はい ※3ヶ月以内に再度PET検査が必要な理由を詳しくご記入ください

検査結果は原則、翌診療日に発送いたします

☐ 報告書FAX希望 FAX番号 ()

この用紙を事前に
FAXしてください

TEL 011-623-1131

FAX 011-623-1132

診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）

【紹介先】



社会医療法人 慎心会

セントラルCIクリニック

記載日 年 月 日

紹介元

医療機関名
所在地

電話番号

診療科

担当医

患者様情報

フリガナ

お名前

様

男・女

生年月日

大・昭・平

年

月

日(才)

ご住所

〒

TEL

-

-

検査日

月

日

(

)

時

分

予約

■移動

歩行・杖・車いす・ストレッチャー

■身長

cm / 体重

kg

■感染症

無・有 → 病名()

■ペースメーカー/ICD

無・有 → 機種()

保険適用となるもの

■悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）

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使用する

■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使用する

■心疾患

虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る）又は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使用する

■血管炎

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のつかない患者に使用する

- ・画像等で腫瘍が確認されていない腫瘍マーカー高値・不明熱・体重減少等での原発不明癌は保険適用外です
- ・悪性腫瘍の疑いや早期胃癌は保険適用外です

臨床診断名

貴院のカルテ・診療報酬明細書にも同一の病名記載が必要となります

診断・経過・検査目的

1 レセプト上の診断名は悪性腫瘍ですか？

いいえ

はい → 目的（病期診断・再発診断）

2 悪性腫瘍と診断していますか？

いいえ

はい →（病理診断・臨床上）

3 画像診断、または他の検査を行っていますか？

いいえ

はい 検査名()
検査日(年 月 日)

4 糖尿病の既往はありますか？

いいえ

はい

5 同月内にガリウムシンチを行っていますか？

いいえ

はい ※行っている場合PET検査は保険適用外です

6 他院を含め3ヶ月以内にPET検査を受けていますか？

いいえ

はい ※3ヶ月以内に再度PET検査が必要な理由を詳しくご記入ください

検査結果は原則、翌診療日に発送いたします

☐ 報告書FAX希望 FAX番号()この用紙を事前に
FAXしてください

TEL 011-623-1131

FAX 011-623-1132

診療情報提供書（画像診断依頼書）送付申込

下記をご記入の上、FAXでお申し込みください

記載日 年 月 日

医療機関名			
送付先ご住所			
お電話番号			
送付先部署名		ご担当者名	様

ご依頼内容	数 量
☐ 診療情報提供書【MRI検査依頼書】 25枚綴り	冊
☐ 診療情報提供書【CT検査依頼書】 25枚綴り	冊
☐ 診療情報提供書【PET/CT検査依頼書】 25枚綴り	冊
☐ セントラルC I クリニック パンフレット（A4サイズ）	部
☐ セントラルC I クリニック 診療案内カード	部

備考欄	
-----	--