

主保険	保険者番号		記号・番号		1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号		受給者番号	種別	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故
	1			老人( 割)・乳児・( )	
2				( )	

紹介・診療情報提供書

年 月 日

予約で都合の悪い日	
-----------	--

紹介医療機関の名称

住所 〒( - )

電話番号 - - FAX番号 - -

市民病院の受診歴 ある ない

紹介医師名

※ 事前にカルテを作成するため下欄へ漏れのないようにご記入ください

藤沢市民病院  
診療券番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	大正 (T) 年 月 日 昭和 (S) ( 才) 平成 (H)
現住所	(アパート・マンション名) 電話 ( )		
連絡先			

RI検査

シンチグラム及び機能検査		SPECT検査	
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> 心筋(血流)	
<input type="checkbox"/> Ga	<input type="checkbox"/> 副腎皮質	<input type="checkbox"/> 心筋(脂肪酸)	
<input type="checkbox"/> 甲状腺(摂取率を含む)	<input type="checkbox"/> 副腎髄質	<input type="checkbox"/> 心筋(交感神経)	
<input type="checkbox"/> 甲状腺(T1)	<input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 脳(血流)	

PET/CT検査

全身PET/CT

- ・保険適用は、悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)です。
- ・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。(疑いは保険適用外です。)

医療情報

傷病名又は主訴

紹介目的

異常の見られる臨床所見

PET/CT検査は

下記項目を必ず記入してください

確定診断( )

身長 cm

体重 kg

糖尿病 有 ・ 無

血糖値 mg/dl

妊娠チェック 有 ・ 無

歩行 可 ・ 不可  
(介助歩行・車椅子・ストレッチャー)

30分ほどの上向きの安静 可 ・ 否

閉所恐怖症 有 ・ 無

感染症 有 ・ 無

その他検査に係わる留意点等

妊娠初期放射線被曝防止の為45歳以下妊娠可能な方の生理開始予定日を記入してください。

検査は、生理開始日より10日以内が安全です。 **生理開始予定日** 月 日

備考 藤沢市民病院よりFAXにて検査予約票、注意事項をお送りします。

# 紹介・診療情報提供書

年 月 日

紹介医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 住所 〒(    ) \_\_\_\_\_  
 電話番号    -    -                      FAX番号    -    - \_\_\_\_\_  
 紹介医師名 \_\_\_\_\_

藤沢市民病院  
診療券番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	大正 (T)                      年 月 日 昭和 (S)                      (    ) 才 平成 (H)
現 住 所	(アパート・マンション名)		
連絡先	電話 (    )		

### RI検査

シンチグラム及び機能検査	SPECT検査
<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> Ga <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 甲状腺(摂取率を含む) <input type="checkbox"/> 副腎髄質 <input type="checkbox"/> 甲状腺(T1) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 心筋(血流) <input type="checkbox"/> 心筋(脂肪酸) <input type="checkbox"/> 心筋(交感神経) <input type="checkbox"/> 脳(血流)

### PET/CT検査

全身PET/CT

- ・保険適用は、悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)です。
- ・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。(疑いは保険適用外です。)

<b>医療情報</b> 傷病名又は主訴   紹介目的   異常の見られる臨床所見	<b>PET/CT検査は 下記項目を必ず記入してください</b> 確定診断(                                      ) 身長                                      cm 体重                                      kg 糖尿病                                      有 ・ 無 血糖値                                      mg/dl 妊娠チェック                              有 ・ 無 歩行                                      可 ・ 不可 (介助歩行・車椅子・ストレッチャー) 30分ほどの上向きの安静              可 ・ 否 閉所恐怖症                              有 ・ 無 感染症                                      有 ・ 無  その他検査に係わる留意点等
---	---

妊娠初期放射線被曝防止の為45歳以下妊娠可能な方の生理開始予定日を記入してください。  
 検査は、生理開始日より10日以内が安全です。 **生理開始予定日**    月 日

備考 藤沢市民病院よりFAXにて検査予約票、注意事項をお送りします。