

診療情報提供書 (PET検査依頼書)

乳房

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: () ()

貴院のIDカードをインプリントしてください。

身長・体重 _____ cm _____ kg

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	乳癌	<input type="checkbox"/> 乳房専用PET <input type="checkbox"/> PET/CT ※乳房専用PETはPET/CTと併せて同日に行ないます。
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	
持参フィルム	CT MR 単純X線 その他()	
臨床経過等		
治療歴	・手術歴 _____年 _____月 ・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	術式・治療内容
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	輸液点滴 ・ IVH
HBsAg	- ・ + ・ 未	気管切開 無 ・ 有
HCVAb	- ・ + ・ 未	妊娠 無 ・ 有
ペースメーカー ・ ドレーン ・ ポート ・ 他()		閉所恐怖症 無 ・ 有
		処置 酸素 _____ℓ その他()
		検査日現在(見込) 外来 ・ 入院中 入院中の場合の入院病棟 <input type="checkbox"/> 一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1) <input type="checkbox"/> 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 石田 二郎 先生

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. () ()

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	乳癌	<input type="checkbox"/> 乳房専用PET <input type="checkbox"/> PET/CT ※乳房専用PETはPET/CTと併せて同日に行いません。
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	
持参フィルム	CT MR 単純X線 その他()	
臨床経過等		
治療歴	・手術歴 _____ 年 _____ 月 ・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	術式・治療内容
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	輸液点滴 ・ IVH
HBsAg	- ・ + ・ 未	気管切開 無 ・ 有
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()
		検査日現在(見込) 外来 ・ 入院中 入院中の場合の入院病棟 <input type="checkbox"/> 一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1) <input type="checkbox"/> 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 石田 二郎 先生

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. () _____

予約時刻の30分前にご来院ください

■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。)
- 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
水曜日休診(ホームページでご確認ください。)
- 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
当院の担当者が事前に説明しますので指示に従ってください。その際メモを忘れずにとってください。

- 検査の所要時間
約3時間半かかります(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……45,000円前後

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

(ご本人様控(3枚目)を必ず患者様へお渡しください。)

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。

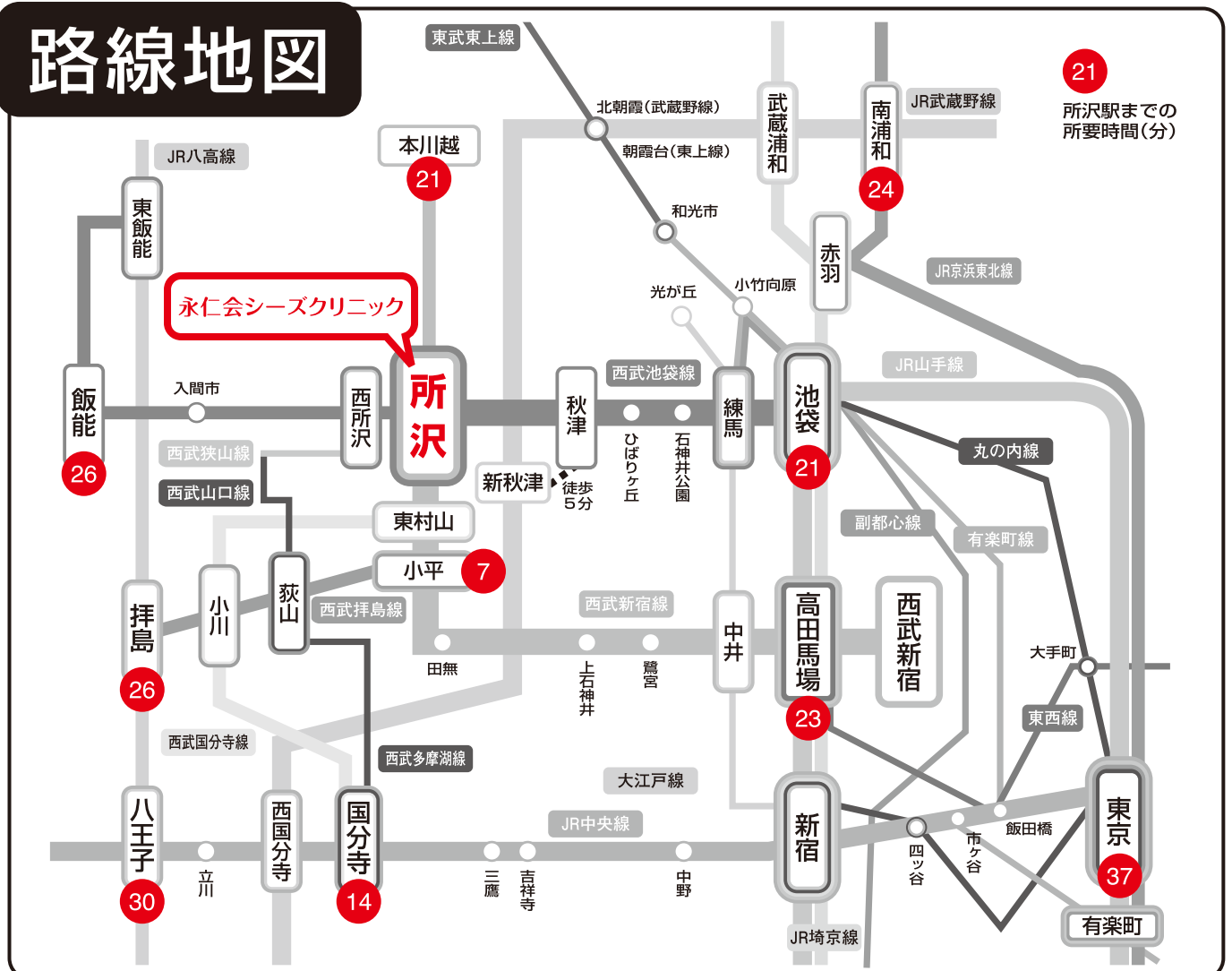


西武池袋線・新宿線「所沢駅」西口(1F)より徒歩5分



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



21 所沢駅までの所要時間(分)