

# 診療情報提供書 (PET-CT 用)

地域医療連携センター／直通電話(0587)51-3344・FAX(0587)51-3343

J A愛知厚生連 江南厚生病院

年 月 日

科 _____ 先生 _____	病医院名 _____
	医師名 _____
【希望日時】 年 月 日 ( : )	TEL ( ) - FAX ( ) -

\*保険証のコピーをFAXされる場合は保険の記入は不要です。

受診者	フリガナ _____	住所	〒 _____	
	氏名 _____ 様(旧姓) _____			
	男女 大・昭・平・令 _____ 年 月 日生(才)		TEL ( ) -	
保険	主保	保険者番号 _____	記号 _____	番号 _____
	険	被保険者名 _____	資格取得日 _____ 年 月 日	有効期限 _____ 年 月 日
	公費	子障母傷結更 原特疾前高後高福	負担者番号 _____	受給者番号 _____
		負担割 _____ 割	資格取得日 _____ 年 月 日	有効期限 _____ 年 月 日

PET-CT 検査で**保険診療による場合**は、必ず下記を**チェック☑**して下さい。

疾患	検査目的	保険が適応される要件
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発	・早期胃癌を除く <b>悪性腫瘍の「病期診断」</b> または <b>「転移・再発」</b> の診断が保険適応です。 ・疑い病名での検査は <b>保険適応外</b> です。

## < 臨床情報 >

年	月	日	( CT MR その他・・・ )	撮影済

「予約票」を FAX 返信致しますので患者さんにお渡しください。受付時間以降は翌診療日 8:30 以降の返信となります。

スキャン済