

『FAX紹介申込書』 記入時の注意事項

20XX年 2月 8日

大阪医科薬科大学病院 FAX 紹介申込書

FAX 072 (684) 6339 (24 時間受信可能)

申込受付時間 平日 8:30~20:00 土曜日 8:30~12:00 (第2・4土曜日は休診)

医療連携室 TEL直通 072-684-6338 / 代表 072-683-1221 内線 2308

決定日時をご記入の上、FAXください

- ① 本書と診療情報提供書をFAXしてください。
(眼科・歯科口腔外科は本書のみで予約をお取りしますが、受診当日は診療情報提供書が必要です)
- ② 予約調整後に予約票をFAX返信します。患者さんに診療情報提供書と共にお渡しくがさい。

※画像データ：形式はDICOM (PDI準拠) でお願いします。

予約情報	紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 検査 (PET-CT) <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談(自費) その他 () <small>※緊急、入院・転院の依頼は072-684-6338までお電話ください。</small>	
	主訴・傷病名		
	担当医をお任せいただける場合は未記入にしておいてください。		
	希望医師	医師	医師同士連絡 済 ・ 無
受診希望日	第1希望	令和 X 年 2 月 15 日 (金) 9:50	
	第2希望	令和 年 月 日 ()	
	第3希望	令和 年 月 日 ()	
	不都合な日 ()		

※) セカンドオピニオンは専用申込書 (ホームページよりダウンロード) にてお申込みください。

患者情報	フリガナ	イダイハナコ	旧姓	男	大阪医薬大受診歴
	氏名	医大 花子	田中	女	有・無・不明 (科) ID:
	生年月日	大・ 昭 ・平・令 42 年 1 月 28 日生 (XX 歳)			
	住所	〒 569-8686 高槻市高槻町XX-XX			
	電話番号	(自宅) 072-123-45XX (携帯)			
	A D L	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり (来院方法)			
	貴院での状況	<input checked="" type="checkbox"/> 外来患者 → 貴院で待機中ですか (はい ・いいえ) <input type="checkbox"/> 入院患者 → <input type="checkbox"/> 退院後の受診希望 → 予定退院日 () <input type="checkbox"/> 入院中の受診希望 → 来院方法 ()			
	保険情報	※下記に記入していただくか、保険証等のコピーをFAXしてください。			
	保険者番号	270082	公費負担者番号		
	記号・番号	高国・123-456-7	公費受給者番号		
続柄	本人 ・家族	公費負担割合	1割・2割・3割		
該当項目に ☑願います	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <small>※第三者行為・交通事故の一括請求は行っておりません。</small>				

○印	診療科名
	糖尿病代謝内科
	内分泌内科
	脳神経内科
	呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科
	リウマチ膠原病内科
	消化器内科
	消化器内科(化学療法)
	血液内科
	循環器内科
	腎臓内科
	総合診療科
	精神神経科
	一般・消化器・小児外科
	乳腺・内分泌外科
	呼吸器外科
	心臓血管外科・小児心臓血管外科
	脳神経外科・脳血管内治療科
	整形外科
	小児科
	新生児科
	産科・生殖医学科 妊娠有・無
	婦人科・腫瘍科
	眼科
	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
	皮膚科
	腎泌尿器外科
	放射線診断科・放射線腫瘍科
○	放射線科オープン検査
	麻酔科・ペインクリニック
	形成外科
	歯科口腔外科
	リハビリテーション科

医療機関情報	医療機関名	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	担当科・医師名	
	取次部署・担当者	

以下当院記入欄

初・再	作成者	確認者

病院印などをご活用ください。

『保険適用確認書』 記入時の注意事項

検査当日、PET検査依頼書（保険適応確認書）兼診療情報提供書の
原本をご持参くださるよう患者さまへお伝えください。

大阪医科薬科大学 関西 BNCT 共同医療センター PET-CT 検査依頼書(保険適用確認書) 兼 診療情報提供書

記入日 年 月 日

フリガナ：
 患者氏名： (性別)
 生年月日： 年 月 日 (歳)
 患者住所：
 患者電話番号：

主治医・担当医： 医師 **印**
 診療科：
 紹介元医療機関名：
 住 所：
 紹介元電話番号：

主治医の先生の
押印をお願い
します

検査種別
<input type="checkbox"/> ①悪性腫瘍（早期胃癌を除く）における <input type="checkbox"/> 病期診断 または <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 保険適応条件（必ず何れかにチェックしてください） <input type="checkbox"/> 他の検査・画像診断により病期診断、転移・再発の確定診断が出来ない <input type="checkbox"/> 病理診断により悪性腫瘍の診断が確定、又は病理診断がなされていない場合でも、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている場合の病期診断 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の既往があり、画像診断・腫瘍マーカー検査などで転移・再発が疑われる <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定
<input type="checkbox"/> ②大型血管炎 <input type="checkbox"/> 高安静脈炎または巨細胞性動脈炎で、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
<input type="checkbox"/> ③てんかん <input type="checkbox"/> 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者
<input type="checkbox"/> ④心疾患 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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）
<input type="checkbox"/> ⑤FDG-PET/CT 検査（保険適応外） <input type="checkbox"/> 全額自己負担で本人了承済 <input type="checkbox"/> (紹介元・その他) に請求可
※スクリーニング目的や「疑い」症例、良悪鑑別、同一月内に核医学検査を実施した場合等は保険適応となりません 症状経過、検査目的、治療歴、感染症、既往歴、家族歴、現在の処方など

※撮影時間は検査種別に応じて施設標準手順で検査薬の準備に必要です。

患者情報	身長	cm	※検査薬の準備に必要です。
臨床診断名： 病理診断：	身長	cm	※検査薬の準備に必要です。
腫瘍マーカー： 検査・治療歴	体重	kg	※検査薬の準備に必要です。
<input type="checkbox"/> CT 年 月 日 <input type="checkbox"/> MRI 年 月 日			※PET-CT 実施日前の3か月以内
<input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> その他 年 月 日			※検査種別によって心電図や心エコー所見を記載してください
移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 () 日 <input type="checkbox"/> 無	
糖尿病 <input type="checkbox"/> 右 空腹時血糖値 mg/dl <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
検査中（30分間）動かずにじっとできますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（検査できません）
身の回りのことが一人で出来ますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（介助できる方の付き添いが必要です）
保険適応外と考えられる場合は、全額自己負担で検査してもかまいませんか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ご不明な点は大阪医科薬科大学 関西 BNCT 共同医療センター PET-CT 受付（内線：3094）までご連絡ください。

手術日、病理診断、CT、MRIの画像または所見などの情報があれば
情報提供ください。

またCT、MRIなどの撮影できない理由、生検できない理由などの情報が
あればご提供ください。（腎機能低下、閉所恐怖症のため）