

# 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休診)

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

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します。患者さんに診療情報提供書と共にお渡しください。

※画像データ：形式はDICOM(PDI準拠)をお願いします。

予約情報	紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査( ) <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談(自費) <input type="checkbox"/> 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 年 月 日( )	
	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		旧姓	男・女	大阪医薬大受診歴 有・無
	氏名				科 (ID )
	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生( 歳)
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	A D L	<input 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 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		公費負担者番号		
	記号・番号		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いません。</small>				

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	科	先生	
	取次部署・担当者名			

○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

以下当院記入欄

初・再	作成者	確認者

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

放射線科：添田 文彦 様

記入日

フリガナ：

患者氏名： 様 性別 生年月日： 年 月 日

患者住所： T E L：

診療科： 主治医・担当医： 医師

紹介元：

住 所：

検査種別		
<input type="checkbox"/> ①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 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その他（自費診療）		

※「疑い」症例、良悪鑑別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

患者情報			
臨床診断名：			
病理診断：			
腫瘍マーカー	CEA _____	SCC _____	CA19-9 _____
	CYFRA _____	CA125 _____	
	NSE _____	AFP _____	IL-2R _____
		その他 _____	
画像診断結果			※PET-CT 実施日 前の3か月以内に必須
<input type="checkbox"/> C T	年 月 日		
<input type="checkbox"/> MRI	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> 化学療法（電子カルテに情報がある際はクリック願います）		
<input type="checkbox"/> その他	年 月 日		
身長・体重	cm	kg	
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（ ）ℓ・ <input type="checkbox"/> 無
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 空腹時血糖値 _____ mg/dℓ	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。