

『FAX紹介申込書』 記入時の注意事項

XX年2月8日

大阪医科大学附属病院 FAX紹介申込書
医療連携室 FAX 072(684)6339

申込受付時間 平日 8:30~20:00 土曜日 8:30~12:00 第2・4土曜日は休診です。
受付時間以降受信のFAXに関しては翌診療日のお取り扱いとなります。
FAXは24時間受信可能です。
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(歯科口腔外科は本書のみで受付いたします)。
- ②予約調整後に「受付確認票(予約票)」をFAXいたします。患者さまにお渡しください。
担当医師へ確認が必要な場合には、返信にお時間がかかりますのでご容赦ください。

決定日時をご記入の上、FAXください

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
	主訴・傷病名	<input type="checkbox"/> 家族相談(自費) <input type="checkbox"/> その他※ ()
	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	希望医師 医師 医師同士連絡 済 無
受診希望日	第1希望	XX年 2月 15日(金) 9:50
	第2希望	平成 年 月 日()
	第3希望	平成 年 月 日()
	希望日なしまたは不都合な日があればご記入ください ()	

※)当日の受診・入院の依頼はこの申込書を使用せず、直接診療科担当医(TEL 072-683-1221[代表])へ連絡をお願いします。
※)セカンドオピニオンは別紙専用申込書にてお申込みください。

受診希望科に○を記入ください

○印	診療科名
<input type="checkbox"/>	糖尿病代謝内科
<input type="checkbox"/>	内分泌内科
<input type="checkbox"/>	神経内科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科
<input type="checkbox"/>	リウマチ膠原病内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科(化学療法)
<input type="checkbox"/>	血液内科
<input type="checkbox"/>	循環器内科
<input type="checkbox"/>	腎臓内科
<input type="checkbox"/>	総合内科
<input type="checkbox"/>	精神神経科
<input type="checkbox"/>	消化器外科
<input type="checkbox"/>	一般・乳腺・内分泌外科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科
<input type="checkbox"/>	心臓血管外科・小児心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科
<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	一般小児科
<input type="checkbox"/>	発達小児科
<input type="checkbox"/>	産科・生殖医学科 妊産者・無
<input type="checkbox"/>	婦人科・腫瘍科
<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	腎泌尿器外科
<input type="checkbox"/>	放射線科
<input checked="" type="checkbox"/>	放射線科オープン検査
<input type="checkbox"/>	麻酔科
<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科

患者さま情報	フリガナ	イダイ ハナコ	旧姓	男	当院受診歴
	氏名	医大 花子	田中	女	有・無・不明
	生年月日	明・大 平 42年 1月 28日	生(YY歳)		
	住所	〒 569-8686 高槻市高槻町88-88			
	電話番号	072-123-4567			
	A D L	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす			
	来院状況	<input checked="" type="checkbox"/> 外来患者さま <input type="checkbox"/> 貴院で待機中ですか はい・いいえ			
	保険情報	※下記に記入していただくか、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		

紹介元医療機関情報	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		

以下当院記入欄

ID	最終来院日	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：担当医 宛て		記入日： 年 月 日																																																			
フリガナ：		生年月日：	年 月 日 歳																																																		
患者氏名：	様 性別 男・女	TEL：																																																			
患者住所：		TEL：																																																			
紹介医療機関名：		TEL：																																																			
住 所：		主治医・担当医：	印 医師																																																		
診療科：																																																					
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 <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、臨床的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 ※スクリーニング目的や「疑い」症例、良悪鑑別、同一月内にGa腫瘍シンチを実施した場合等は保険適応になりません																																																					
<input type="checkbox"/> ②心疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 （心筋シンチ等で判定困難な場合の心不全患者における心筋組織のバイアピリティ診断） <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス （活動性診断）																																																					
<input type="checkbox"/> ③血管炎 高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない患者 <input type="checkbox"/> ④その他 ()																																																					
症状経過、検査目的、治療歴（手術、化学療法、放射線治療等）、感染症、既往歴、家族歴、現在の処方など																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>臨床診断名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>病理診断</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>腫瘍マーカー</td> <td>CEA _____</td> <td>SCC _____</td> <td>CA19-9 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NSE _____</td> <td>AFP _____</td> <td>IL-2R _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>その他 _____</td> </tr> <tr> <td>画像診断検査・治療歴</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">患者情報</td> <td><input type="checkbox"/> CT</td> <td>年 月 日</td> <td rowspan="4" style="text-align: center;">PET-CT実施日前の 3ヶ月以内に必須</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MRI</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RI</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>身長・体重</td> <td>cm</td> <td>kg</td> <td>酸素吸入 不要 要</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>無 有</td> <td>空腹時血糖値 mg/dl</td> <td>閉所恐怖症 無 有</td> </tr> <tr> <td>検査中（30分間）動かずにじっとできますか？</td> <td>はい</td> <td>いいえ（検査できません）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身の回りのことが一人で出来ますか？</td> <td>はい</td> <td>いいえ（解除できる方の付き添いが必要です）</td> <td></td> </tr> </table>				臨床診断名				病理診断				腫瘍マーカー	CEA _____	SCC _____	CA19-9 _____		NSE _____	AFP _____	IL-2R _____				その他 _____	画像診断検査・治療歴				患者情報	<input type="checkbox"/> CT	年 月 日	PET-CT実施日前の 3ヶ月以内に必須	<input type="checkbox"/> MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> RI	年 月 日	<input type="checkbox"/> その他	年 月 日	身長・体重	cm	kg	酸素吸入 不要 要	糖尿病	無 有	空腹時血糖値 mg/dl	閉所恐怖症 無 有	検査中（30分間）動かずにじっとできますか？	はい	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？	はい	いいえ（解除できる方の付き添いが必要です）	
臨床診断名																																																					
病理診断																																																					
腫瘍マーカー	CEA _____	SCC _____	CA19-9 _____																																																		
	NSE _____	AFP _____	IL-2R _____																																																		
			その他 _____																																																		
画像診断検査・治療歴																																																					
患者情報	<input type="checkbox"/> CT	年 月 日	PET-CT実施日前の 3ヶ月以内に必須																																																		
	<input type="checkbox"/> MRI	年 月 日																																																			
	<input type="checkbox"/> RI	年 月 日																																																			
	<input type="checkbox"/> その他	年 月 日																																																			
身長・体重	cm	kg	酸素吸入 不要 要																																																		
糖尿病	無 有	空腹時血糖値 mg/dl	閉所恐怖症 無 有																																																		
検査中（30分間）動かずにじっとできますか？	はい	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？	はい	いいえ（解除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？ はい いいえ ※詳細は大阪医科大学 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。																																																					
20180804-ver. 3																																																					

主治医の先生の
押印をお願い
します

高安動脈炎または巨細胞性動脈炎と
臨床診断ついていることが必須です。

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、閉所恐怖症のためなど）