

## 大崎市民病院 PET-CT検査 予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX番号0229-24-3005

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間： 平日8:30~17:00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）

予約日時	月 日 時 分			貴院の名称	
	お電話にて決定した来院日時をご記入ください。			所在地	
紹介診療科	放射線診断科			TEL	
医師名	検査担当医先生			FAX	
患者氏名	(ふりがな)			医師名 科 ④	
	様			市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）	
	(旧姓):			□ なし □ あり □ 不詳	
	(市民病院ID):				
性別	男・女	年齢	歳	電話	自宅
					携帯
生年月日	( T・S・H・R ) 年 月 日				
住所	〒 -				

身長	cm	体重	kg
妊娠	□ 無 □ 有 (有の場合検査はできません)	同一个月内 ガリウムシンチ	□ 無 □ 有 (有の場合検査はできません)
糖尿病情報	糖尿病 ( □ 無 □ 有 ) インスリン ( □ 無 □ 有 ) その他糖尿病薬 ( □ 無 □ 有 )		
A D L (介助の必要性)	付添いの介助 ( □ 必要なし □ 必要あり (理由などを下記から選択ください。)) □ 認知症/認知症の疑い □ 指示に対する理解力 □ 難聴 □ 歩行不可 □ 自力で更衣不可 □ その他 ( )		
認知症	□ 無 □ 有 (認知症および理解力が低下している場合は付き添いの方の同伴をお願いいたします。)		
30分程度の 仰向け静止	□ 可 □ 不可	本人への告知	□ 済 □ 無

※保険適用は「悪性腫瘍（早期胃癌を除く）の病期診断及び転移・再発の診断」です。

傷病名	(臨床診断)
紹介目的	(検査目的) □ 病期診断 □ 転移・再発診断
主訴・臨床経過	紹介状を添えてご紹介ください。以下の情報提供もお願いいたします。 (・血液データ ・腫瘍マーカー ・放射線画像 ・病理診断)
既知の感染症	□ HBV □ HCV □ HIV □ 梅毒 □ その他 ( ) □ 無
特記事項	

・原本は患者に交付し、予約日に持参するようお願い計らいください。