

FAX送信前に予約センター（0120-003-934）にお電話をお願いします。

令和 年 月 日

大崎市民病院FAX予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX番号0229-24-3005

PET-CT検査

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝日・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	ご担当先生		FAX
患者氏名	(ふりがな)	医師名	科
	_____様 (旧姓) ()	市民病院 受診歴 (分院・診療所を含む) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)	
性別	男・女	年齢	才
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日	電話	自宅 携帯
住所	〒 -		

身長	cm	体重	kg
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合検査はできません)	同一月内 ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合検査はできません)
糖尿病情報	糖尿病 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) インスリン (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他糖尿病薬 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
A D L (介助の 必要性)	付添いの介助 (<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり (理由などを下記から選択ください。)) <input type="checkbox"/> 認知症/認知症の疑い <input type="checkbox"/> 指示に対する理解力 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 自力で更衣不可 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	本人への告知	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 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取り計らいください。

令和2年11月改正