

FDG-PET/CT検査申込書（診療情報提供書兼用）

医療法人社団 浅ノ川 浅ノ川総合病院

PET-CT受付直通Tel、FAX兼 076-252-1438

フリガナ		患者様住所 〒
患者氏名	様 <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	
生年月日	年 月 日 生	連絡先(自宅)
現在の所在	<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 入院中(病棟)	連絡先()
PET検査日時	年 月 日	曜日 時 分
参考資料の提出方法： <input type="checkbox"/> 患者持参 / <input type="checkbox"/> 郵送		結果受取期間：
PET画像の提供媒体は DVD(DICOM) になります。		<input type="checkbox"/> 3日以内 / <input type="checkbox"/> 4-5日以内 / <input type="checkbox"/> 1週間以内
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 / <input type="checkbox"/> 自費診療 / <input type="checkbox"/> 包括医療	既済検査： <input type="checkbox"/> CT / <input type="checkbox"/> MRI / <input type="checkbox"/> RI (最新CT・MRI検査施行日： 年 月 日)
疾患名		
臨床経過		
病理診断		
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式	病理診断
留意事項	糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖値 mg/dl)	仰臥位での30分静止： <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不安あり
	インスリンの使用：	体内埋込み：
	ステロイドの使用：	来院方法：
	感染症の有無：	<input type="checkbox"/> 独歩 / <input type="checkbox"/> 車椅子 / <input type="checkbox"/> ストレッチャー
検査中における緊急時の連絡先：		

ご紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

印

所属科