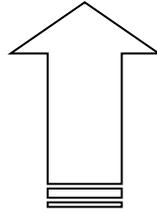


PET-CT (18F-FDG) 検査予約申込書

平成 年 月 日

紹介先医療機関
医療法人住友別子病院
地域連携室
電話番号：0897-37-7133



紹介元医療機関
〒
住所
医療機関名
診療科
医師名

FAX 番号：0897-37-7134

受付時間 8:30~17:00

※PET-CT (18F-FDG) 検査保険適用確認書と共に FAX 願います

紹介患者情報

フリガナ				生年	M・T・S・H		
氏名				月日	年	月	日(歳)
住所							
電話番号	①	②	(必ず連絡の取れる電話番号)				
性別	男性・女性	身長	cm	体重	kg		
検査希望日	①	月	日(午前・午後)	②	月	日(午前・午後)	
貴院での区分	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院					
検査説明	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(空腹時血糖値: mg/dl)					
感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他())					
自立歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(車椅子・歩行器・杖) ※不可の場合は介助者の同行が必要となります						
介助者	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 → 介助者の同行承諾					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
約30分の安静	(仰臥位での静止) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ペースメーカー手帳をご持参ください ※除細動付ペースメーカーは禁忌						
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
妊娠または授乳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
認知機能の低下	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					