PET-CT（^{18}F-FDG）検査予約申込書

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

紹介元医療機関名
〒
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（^{18}F-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		生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ		
氏名			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	
検査説明	□なし　□あり
糖尿病	□なし　□あり（空腹時血糖値：　mg/dl）
感染症	□なし　□あり（□ＨＢＶ　□ＨＣＶ　□その他（　））
自立歩行	□可　□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	□不要　□要　→　介助者の同行承諾　□なし　□あり
約 30 分の安静	（仰臥位での静止）　□可　□不可
心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ	□なし　□あり　→　ペースメーカー手帳をご持参ください
閉所恐怖症	□なし　□あり
妊娠または授乳	□なし　□あり
認知機能の低下	□なし　□あり