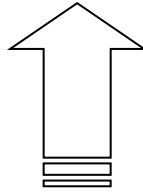


PET-CT (¹⁸F-FDG) 検査予約申込書

年 月 日

紹介先医療機関
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 (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・R		
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						
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					
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					