

FDG-PET検査申込書

〈送信先〉福井県済生会病院 地域医療連携室
FAX.0776-28-8525
 PETセンター直通FAX.0776-28-7775
 お問い合わせフリーダイヤル.0120-291-738

申込日 平成 年 月 日

| | | | | | | |
|---------|-----|--|--|------------|----------------------|-----|
| ふりがな | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日(歳) | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | | | |
| 住 所 | 〒 - | | | TEL () | | |
| 貴院診察券No | | | | 済生会病院診察券No | | |

| | | | | |
|----------------|------------------|--------------------|-------|-----|
| 希望検査日 | 年 月 日 () | | | |
| 検査に必要な 確認事項 | 告知 | 有・無 | 糖尿病 | 無・有 |
| | 歩 行 | 可・不可 (車椅子・ストレッチャー) | | |
| | 妊 娠 | 無・有 | 閉所恐怖症 | 無・有 |
| | 感染症 | 無・有 () | | |
| | 貴院通院状況 (外来・入院) | | | |

| | |
|--------|---|
| 所在地 | |
| 医療機関 | |
| 電話・FAX | |
| 医師氏名 | 印 |

(診療情報提供書) ※貴院の診療情報提供書をお使いになる場合には、本申込書の太枠欄をご記入のうえ、併せてFAXをしてください。

| | | |
|--------------|--|--------|
| 臨床診断 | ・脳腫瘍 ・頭頸部癌 ・食道癌 ・肺癌 ・乳癌 ・膵癌 ・大腸癌 ・転移性肝癌 ・卵巣癌 ・子宮癌 ・悪性リンパ腫 ・悪性黒色腫 ・原発不明癌 ・てんかん ・虚血性心疾患 | 健診(自費) |
| 施行した 画像診断 | ・CT ・MRI ・RI ・US その他() (注意)PET検査とガリウムシンチグラフィ(悪性腫瘍診断目的)は同一月内施行の場合、どちらか一方しか保険請求できません。 | |

検査目的・臨床経過等

その他、検査にかかわる留意点など