

PET-CT 検査申込書

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 (※必ずご記入 下さい。)	告知	無・有	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)			
	認知症	無・有		

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をして下さい。

臨床診断	1. 早期胃癌を除く悪性腫瘍 () (注意) 病期診断、転移・再発診断が保険適応となります。 病理学的あるいは臨床的に悪性腫瘍と診断されていることが必要です(疑い病名は不可)。 2. てんかん 3. 虚血性心疾患による心不全患者の心筋バイアビリティ診断 4. 心サルコイドーシス	健診(自費)
2ヵ月以内に 施行した 画像診断	CT (月 日) MRI (月 日) US (月 日) その他 (, 月 日) (注意) PET-CT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