福井県済生会病院行

PET-CT 検査申込書

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

申込日　　年　　月　　日

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日（　歳）	男・女
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。）	糖尿病	無・有
	歩行	可・不可（車椅子・ストレッチャー）
	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 5. 大型血管炎	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

■ご記入いただきました患者様のご住所・お名前・電話番号等の個人情報は、当院での診療目的以外での利用または第三者への提供は一切行っておりません。

2022. 8