

# PET-CT検査予約方法

- 1、PETセンターに電話でお申し込みをいただき、検査日を確認します(検査予約枠の確定)。
  - ・電話受付時間：月～土 午前9時～午後5時 (祝日除く)
  - ・保険適応については電話にてPETセンターに確認してください。

**TEL:042-566-3534**

予約電話時に確認させていただく内容

- ・患者氏名、ふりがな、性別、生年月日、体重
  - ・病名、糖尿病の有無、入院、外来の別
  - ・介助の必要性など
- これらを確認しますので患者の状態の分かる方からご連絡をお願いします。

- 2、「PET検査依頼書兼診療情報提供書」へ漏れなく記入してFAX送信してください。(1枚目貴院控え・2枚目を封筒に入れ患者さま⇒当院用となります)  
PET予約票にも検査日時を記入して、患者さまに検査の注意事項を説明してください。

**FAX:042-566-3318**

- 3、患者さまにお渡しいただくもの
  - ①PET検査予約表(裏面：PET検査を受けるにあたって)
  - ②PET検査申込書兼診療情報提供書(2枚目)を入れた封筒
  - ③画像データ(X線・CT・MRI)等

※③は事前に当院へ直接送付いただいても結構です。検査終了後返却いたします。

**薬剤の性質上、キャンセルされる場合は前日までにご連絡ください。**



# PET検査申込書兼診療情報提供書記入方法

\* 2枚複写になっています。  
1枚目貴院控え 2枚目武蔵村山病院行(原本として患者渡し)

**PET 検査申込書兼診療情報提供書**

※印はすべて記入してください

紹介先医療機関名 \_\_\_\_\_ ※紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_  
 社会医療法人財団 大和会 \_\_\_\_\_  
**武蔵村山病院 画像診断・PETセンター** \_\_\_\_\_  
 予約電話番号 042-566-3534 \_\_\_\_\_ ※ \_\_\_\_\_ 科 ※医師名 \_\_\_\_\_

※ 検査日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

※患者さま情報 \_\_\_\_\_ 大和会共通 ID \_\_\_\_\_

フリガナ			男	生 年 月 日	
氏 名			女	明 大 昭 平	年 月 日
住 所					
携帯 TEL	本人 付添	-	-	身 長	cm
T E L	-	-	-	体 重	kg

※診療区分 \_\_\_\_\_ ※持参画像 \_\_\_\_\_

保険診療 自費診療【93,150円】 CT MRI その他

※疾患名 \_\_\_\_\_

※検査理由及び保険適応理由 \_\_\_\_\_

※手術歴 無・有：時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

術式 \_\_\_\_\_  
 病理診断 \_\_\_\_\_  
 年 月 日：病理診断所見(方法) \_\_\_\_\_  
 年 月 日：腫瘍マーカー所見 \_\_\_\_\_  
 年 月 日：その他検査名 \_\_\_\_\_ 所見 \_\_\_\_\_

※検査に必要な確認事項

告知	有	無 ( )
感染症	有	無 ( )
糖尿病	有	無
腎機能障害	有	無
妊娠	有	無
30分程度の静止	可	不可
歩行	可	不可 (車椅子 ストレッチャー)
閉所恐怖症	有	無

その他留意点等 \_\_\_\_\_

この用紙を FAX でお送りください。  
 送り先 武蔵村山病院 画像診断・PETセンター FAX 042-566-3318

医療機関名と診療科、先生のお名前をご記入ください

予約電話で確定した検査日、曜日、日時となります

患者情報を漏れなくご記入ください

保険・自費の区分と画像についてチェック

疾患名の記入と、できるだけ詳しく検査理由の記入をお願いします

術後の場合こちらに手術歴についての記入をしてください。手術歴のない場合も検査結果などをこちらに記入してください

現在の患者さまの状況について、該当するほうを丸で囲んでください

注意事項などがあればこちらにご記入ください

すべて記入したらFAX送信してください

042-566-3318