

# 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

記入日

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

\* 診療科

\* 医師名

予約電話 042-566-3534

\* 検査日時 年 月 日 ( ) 時 分

\* 患者情報

(武蔵村山病院ID )

フリガナ		性別	生年月日	
氏名				歳
住所				
TEL		身長		cm
携帯TEL		体重		kg

\* 診療区分

\* 持参画像

保険診療

自費診療

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

術式

病理診断

: 病理診断所見(方法)

: 腫瘍マーカー所見

: その他検査名、所見

\* 検査に必要な確認事項

告知	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
腎機能障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
妊娠	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
30分程度の静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
歩行	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	( <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー )
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

その他留意点

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