

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