

PET 検査 専用申込書	松下記念病院	FAX(06)6992-6697 (医療連携専用)
診療情報提供書(FAX紹介予約申込書)		

松下記念病院 放射線科
PET センター宛

年 月 日

医療機関名
医師氏名
住所
電話番号
FAX番号

印

患者	フリガナ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	今までに松下記念病院を受診したことが		<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません		

★ 保険が適用される要件 ★

悪性腫瘍(早期胃がんを除く)・他の検査・画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

● 下記の項目にご記入ください。※は必須項目です。

※診断名	
※検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断
※画像診断 及び検査日	<input type="checkbox"/> CT(年 月 日) <input type="checkbox"/> MRI(年 月 日) <input type="checkbox"/> US(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(: 年 月 日)
病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診・組織診() <input type="checkbox"/> 未実施
悪性腫瘍マーカ ー及び その値・検査実施 日	<input type="checkbox"/> CEA(: 年 月 日) <input type="checkbox"/> CA19-9(: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(: 年 月 日)
手術歴	<input type="checkbox"/> あり(時期 年 月) 術式() <input type="checkbox"/> 無
臨床経過等	

● 患者情報をもれなくご記入ください。

患者情報	身長:()cm 体重:()kg 糖尿病: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (インスリン治療: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 妊娠の可能性: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、PET 検査は受けられません) 来院方法: <input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー オムツ等: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、PET 検査は受けられません) ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、詳細をお知らせください) 点滴: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 画像診断フィルム

上記検査における必要性(正当化)を患者様に説明済みですので検査の実施をお願いします。

受診希望日	年 月 日 () 希望
患者様が待機されている等 FAX 受信後、直ちに連絡の必要がありますか?	<input type="checkbox"/> 有

- 備考 1. 予約申し込みの FAX 送信は来院希望日前日までの、平日8:30~17:00にお願いいたします。
2. 予約日の変更希望の場合は、検査1日前の昼(12:00)までに、患者支援連携センターへご連絡ください。
3. 予約の取り消しは、検査1日前の昼(12:00)までに、患者支援連携センターへご連絡ください。
これ以降のキャンセルは、患者様に放射性医薬品購入費(約5万円)を、請求させていただく場合があります。
4. この PET 検査申込書に記載されている個人情報、PET 検査目的以外には利用いたしません。

松下記念病院 患者支援連携センター

〒570-8540 守口市外島町5番55号 直通 TEL (06)6992-5373