

PET-CT(造影無)検査予約依頼票

製鉄記念室蘭病院 提出用

(検査依頼先)

年 月 日

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携室 行き

(依頼元)

FAX 0143-47-4305 TEL 0143-47-4304

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

印

検査予定日 月 日() 時 分頃

フリガナ		男・女	職業	
患者氏名				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	当院受診歴(無 / 有) *有の場合 科 年 月頃		
患者住所	〒 -			
	自宅TEL	日中連絡先TEL		
予約希望日	第1希望 月 日()	第2希望 月 日()	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり()		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日()	

◆下記項目があてはまる場合、検査はできません。

30分間の静止ができない、閉所恐怖症、認知症、ICDを埋め込んでいる、妊娠されている又は可能性がある方

病名に○をつけてください	ADL等患者情報 ※全てご記入ください
() 肺癌	歩行状態 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
() 悪性黒色腫	身長・体重 _____ cm _____ kg
() 乳癌	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
() 食道癌	糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤使用 無・有)
() 大腸癌	薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明
() 頭頸部癌	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
() 膵癌	処置禁止上肢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右・左)
() 卵巣癌	
() 悪性リンパ腫	
() その他の癌	
() 転移性肝癌	
() 原発不明癌	
検査目的 <input type="checkbox"/> 別紙参照	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断
	<input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
手術歴 治療歴等	手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(術式等:) 化学療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤等:) 放射線治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(照射範囲等:)
備考 (患者に関する留意事項)	
添付資料	無・有 X線画像データ・内視鏡画像データ・その他()

■【必須】以下に保険情報をご記入願います(保険証コピーをFAXでも構いません)

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
	負担者番号	受給者番号	
併 用 保 険			