

石切生喜病院 PET-CT予約依頼書

希望日：

医療機関名：

紹介状（診療情報提供書）も添えてご返信ください。

医師名：

●患者基本情報（当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID: _____）

フリガナ	生年月日
患者氏名 様 男・女	年 月 日

●検査部位/保険適用 必ずチェックしてください

<input type="checkbox"/> 全身（腫瘍）	・悪性腫瘍（早期胃がんを除く）の診断が確定していること 他の検査、画像診断で病期診断、転移、 再発の確定診断ができない場合
<input type="checkbox"/> 脳（てんかん）	・難治性てんかんで外科的切除が必要とされる場合 ・虚血性心疾患による心不全患者で心筋組織の
<input type="checkbox"/> 心筋	バイアビリティ診断が必要とされる場合 ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る

●検査可能条件等 必ずチェックしてください

・歩行移動 <input type="checkbox"/> 可能	・仰臥位30分間体位保持 <input type="checkbox"/> 可能
・妊娠 <input type="checkbox"/> なし	・排泄 <input type="checkbox"/> 自立
・糖尿病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（インシュリン・飲み薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	
・ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし	

※折り返し、予約票をFAX致します。患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き、

当日、初診受付に提出頂きますようお願い致します。

石切生喜病院 地域医療連携室

直通TEL： 072-988-3284

直通FAX： 072-988-3624

予約受付時間（祝日は除く）

月～ 9：00～19：30

土 9：00～12：00