年　　月　　日

石切生喜病院　PET-CT予約依頼書・診療情報提供書

希望日：　①　月　日（　）②　月　日（　）
③　いつでもよい

紹介元医療機関の名称・所在地
（注）必ずご記入ください。
医療機関名：
医師名：
所在地：
TEL:　　FAX:

●患者基本情報

フリガナ	
患者氏名	様　男・女
生年月日	年　月　日
住所 〒　－	TEL

●保険情報（保険情報は、ご記入いただくか、保険証等をFAXして下さい。）

被保険者証

保険者番号				保険者・事業所名			
記号・番号				資格取得日		被保険者との続柄	本人 家族
被保険者氏名		負担割合	割	有効期限			

公費受給者票

負担者番号		有効期限		負担者番号		有効期限	
受給者番号		負担割合	割	受給者番号		負担割合	割

●病名、臨床経過等必ず記入してください

病名（早期胃がんを除く悪性腫瘍）：　　診断確定日　　年　　月　　日
画像診断：　　年　　月　　日　　病理診断：　　年　　月　　日
腫瘍マーカー：　　年　　月　　日
検査目的：　□病期診断　□転移診断　□再発診断　□その他（
臨床経過：手術歴、放射線治療歴等　　本人への告知　□あり　□なし

●検査部位/保険適用 必ずチェックしてください

□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
□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
□心筋	・虚血性心疾患による心不全患者で心筋組織の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　□可能　・仰臥位30分間体位保持　□可能　・妊娠　□なし　・排泄　□自立
・糖尿病　□なし　□あり（インシュリン・飲み薬　□あり　□なし）　・ペースメーカー　□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～金　9：00～19：30
土　9：00～12：00