PET-CT 検査予約申込書

独立行政法人 国立病院機構　呉医療センター 地域医療連携室　御中　　平成　　年　　月　　日

〒737-0023
広島県呉市青山町3番1号
TEL　0823－22－3816
FAX　0823－32－3070

紹介医療機関の所在地
名　称
医師氏名
ＴＥＬ　　－　　－
ＦＡＸ　　－　　－

患者情報	フリガナ 氏　名	様	
	国立病院呉医療センター 診察券番号	ー	
	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日	男・女
	郵便番号	〒　　－	
	現住所		
	電　話		

★当院診察券をお持ちの方
★当院への受診歴のある方
につきましては
◎「氏名」
◎「生年月日」
◎「診察券番号」
（ご持参の場合）
のみの記入で結構です

傷病名	注)疑い病名では検査できません
紹介目的	注）当院のPET-CT検査は保険診療のみです。以下の条件以外は受付できません □ 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)　⇒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場合 □ 悪性リンパ腫　⇒□上記　□治療効果判定 □ 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌　⇒他の検査、画像診断でその存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない場合 □ 膵臓癌　⇒他の検査、画像診断で膵臓癌を疑うが、腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な場合
病歴 臨床経過 治療経過 など	（できるだけ詳しく書いて下さい）
患者情報	身長・体重　身長：　　cm　体重：　　kg
	糖尿病　□有（空腹時血糖値　：　　mg/dl）　□無 血糖降下剤やインスリンを検査当日に投与するのは避けてください。 検査当日の血糖値が200mg/dl以上の時は検査を中止する場合があります
現在の処方	
備　考	

＊保険証発行機関（該当発行機関を左枠に○で明示してください）

	国保
	社保
	共済

希望日　①　　月　　日
　　②　　月　　日

決定日時　　月　　日　AM・PM（　　時）