

診療情報提供書(FAX 紹介予約提供書)		受付番号
PET-CT 検査専用	総合予約室	TEL (0985)85-1225 FAX (0985)85-9129 お申し込みは、平日 8:30~17:00

平成 年 月 日

宮崎大学医学部附属病院
総合予約室 宛

医療機関名

医師氏名

印

住 所

電話番号

F A X 番号

患者氏名等	フリガナ	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
	氏名	様 男 ・ 女	() 歳
	住所	電話番号	()
	今までに宮崎大学医学部附属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		
ある方は、わかればID番号を記載してください。(ID)			
診断名			
紹介目的			
検査部位	<input type="checkbox"/> 腫瘍(全身) <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 心筋		
検査結果	感染症：HBV(十・一・未) HCV(十・一・未) その他()		
	腫瘍マーカー：() 検査施行時までに結果が判りましたら、必ずご連絡頂きますようお願い致します。		
患者情報	身長() cm 体重() kg 糖尿病：有・無(インスリン治療：有・無) 妊娠の可能性：有・無(有の場合、PET-CT検査は受けられません) 来院方法：独歩・車椅子・ストレッチャー オムツ等：有・無(有の場合、PET-CT検査は受けられません) ペースメーカー：有・無(有の場合、詳細をお知らせください) 点滴：有・無		
	画像診断フィルム(有・無) 有の場合は当日持参して下さい。		

- 備考 1. 予約日の変更希望の場合は、検査3日前の昼(12:00)までに、総合予約室へ必ずご連絡下さい。
2. 予約のキャンセルは、検査前日の昼(12:00)までに、総合予約室へ必ずご連絡下さい。
それ以降のキャンセルは、患者さまに検査薬購入費(約5万円)を請求させていただく場合があります。
3. このPET-CT検査申込書に記載されている個人情報、PET-CT検査目的以外には利用いたしません。