

診断情報提供書(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)85-9186 お申し込みは、平日8:30~17:00	

令和 年 月 日

医療機関名

宮崎大学医学部附属病院
総合予約室 宛

医師氏名
住 所
電 話 番 号
F A X 番 号

印

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏 名		生 年	大 昭 平 令	年 月 日
		月 日		() 歳
住 所	〒			
連絡先	電話： — —	携帯： — —		
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ください。			

- 備考
1. 予約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. 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、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。