

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

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
FAX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。