

【PET-CT検査ご依頼手順】

1) お電話にて下記9項目をお伝えください。

外来紹介センター（平日 8:30～17:00）

TEL 096-351-8321

【貴院様情報】

① 貴院名・貴科名 ② 貴医師名

【患者様情報】

③ 氏名 ④ 生年月日 ⑤ 診断名 ⑥ 体重
⑦ 糖尿病の有無 ⑧ 安静維持 ⑨ 歩行状態

2) その場で仮予約日時をお伝えします。

→ 患者様へ仮予約日時をお伝えください。

3) 診療情報提供書と検査前確認票の記載

→ お手隙の時間で作成をお願いします。

4) 診療情報提供書と検査前確認票をFax

外来紹介センター（平日 8:30～17:00）

Fax 096-351-8697

→ 検査前確認票の内容によっては、予約日時の変更をお願い
させていただく場合もございます。

5) 予約票の送付と確認のお電話を致します。

→ 患者様へ予約票のお渡しと注意事項のご説明をお願いします。

→ 結果は検査日より概ね3日以内にご郵送します。

PET-CT 検査前確認票

お申込日	年 月 日 ()
貴医療機関名	
貴医師名・担当者名	医師名： 担当者名：
診断名	※悪性腫瘍は早期胃癌以外が対象となります。
依頼目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 ()
施行済検査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー () <input type="checkbox"/> 病理診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 () ※当日ご持参をお願いします。
患者氏名・フリガナ	氏名 フリガナ
患者生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
患者連絡先	電話 — — / 携帯 — —
身長・体重	身長 cm / 体重 kg

下記項目のチェックをお願い致します。

 点線枠内にチェックがある際は、
 確認のお電話をさせて頂く場合があります。

糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (空腹時血糖： HbA1c：)
糖尿病薬剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
安静維持	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可
妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
感染情報	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
歩行状態	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 他 ()
検査台移乗	<input type="checkbox"/> 自身で可	<input type="checkbox"/> 要補助
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
外来・入院	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中
生活保護	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

本確認票と診療情報提供書を、FAX 096-351-8697 まで送信ください。