

PET-CT 検査 予約申込書

石川県立中央病院 地域医療連携室
 TEL 076-238-7852
 FAX 076-238-0505

平成 年 月 日

紹介医療機関
 名称 _____
 医師氏名 _____
 TEL _____
 FAX _____

患者情報	フリガナ			旧 姓	
	氏名				
	石川県立中央病院 診察券ID番号			☆当院診察券をお持ちの方 ☆当院へ受診歴のある方 につきましては ◎「氏名」 ◎「生年月日」 ◎「診察券番号」（ご持参の場合） のみの記入です	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		
	郵便番号	〒 -			
	現住所				
電話番号					

☆検査を希望される日 第一希望 平成 年 月 日

第二希望 平成 年 月 日

☆診断名（必須） _____

☆妊娠の疑い (無 ・ 有)

☆持参される資料 該当資料に○印をして下さい。
 レントゲンフィルム・CT・MR・病理組織標本・その他 ()

☆どちらかに○印をして下さい。
 ・ 患者さんが待っておられるので、すぐに予約書を送付してほしい。
 ・ 予約書の送付は、特別に急がない。

(注意事項)

- 1 妊娠中、または妊娠の疑いのある方は検査できません。
- 2 血糖値が 150mg/dl を超える場合は、検査を中止または延期する場合があります。
- 3 30分ほど狭い器械の中で仰臥位のままで動けないので、閉所恐怖症の方は検査できません。
- 4 メドトロニック社製のペースメーカーを装着されている方は検査できません。
- 5 検査結果報告書（レポート）は後日、郵送します。
- 6 当院では、PET-CT 複合画像として検査を行いますが、PET-CT の保険適応要件は当院で判断いたします。

折り返し当院からの「診療・検査予約書」が届きましたら、予約当日は、「診療・検査予約書」「紹介状」「保険証等（医療証などを含む）」をご持参のうえ、予約時刻の15分前にお越しいただき、一階正面玄関ロビーの紹介患者受付で、「診療・検査予約書」を提出いただきますよう、お伝え下さい。

予約受付時間：平日 8:30 ~ 17:15 ただし、翌日検査の予約は 12:00 までです。
土日祝日(及び年末年始)は予約受付業務をしております。