患者 ID
※当院記入欄

PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書

年　　月　　日

天理よろづ相談所病院　放射線科　担当医　先生

紹介元医療機関名

医療機関名		診療科 医師名	
住所	TEL:　　FAX(予約票送付用): 		
検査希望日	第1希望　年　月　日（　）　時　分 第2希望　年　月　日（　）　時　分 第3希望　年　月　日（　）　時　分		

※検査予約可能日時:月･水･金曜日 8:45 （祝日･12/29～1/3 日を除く）

患者情報

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	旧姓
患者氏名		男　女	
生年月日	大　昭　平　令　西暦　　年　　月　　日　（　　歳）		
住　所	〒　　－		
自宅番号		携帯電話	
保険病名	□肺癌　□悪性リンパ腫　□腫頭頚部癌　□乳癌　□食道癌　□胃癌(早期を除く)　□大腸癌 □膵癌　□肝癌　□子宮頸癌　□子宮体癌　□卵巣癌　□悪性黒色腫　□大血管炎 □その他(保険病名･その他に具体的に記載)		
保険病名 その他			
検査目的	※妊娠もしくは妊娠の可能性(「あり」の場合は、検査をお受けいただけません。) □あり　□なし　□妊娠もしくは妊娠の可能性があるがリスクとベネフィットを説明し、承諾済み		
臨床経過			

【注意事項】
・本検査の対象は、悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)とし、他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者、および大血管炎の患者となります。
・予約の変更･キャンセルは、検査日の 7 日前の 15:00 までにお願いします。

【お願い】
・本書は、患者総合支援センター地域医療連携まで FAX でお送りください。
・本書の原本は患者さんにお渡しのうえ、検査当日にご持参いただくようご案内ください。

天理よろづ相談所病院　患者総合支援センター　地域医療連携
電話:0743-63-5611(代表)　FAX:0743-63-6158(直通･24 時間受信可能)