診療情報提供書(PET-CT検査用)

紹介先
社会医療法人 共愛会
戸畑共立病院
〒804-0093
北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号
TEL 0120-008-914 FAX 0120-008-915

予約日時:令和 年 月 日 :

注意事項
1. 予約変更の締切:検査前日の正午までにご連絡ください(中止含む)
休日はカウントしません。(例:月曜日検査の場合は金曜日正午まで)
2. 下記の場合検査が出来ないこともあります。(可能な場合もありますのでご相談下さい。)
・日常動作が不良(自力で歩行、移動が不可能な方)
・オムツが必要な方
・妊娠の可能性がある方
・小児

【紹介患者情報】

※太枠内は必ずご記入お願いします。

フリガナ 患者氏名 (☐男☐女) (才) 生年月日 (☐明☐大☐昭☐平 年 月 日生		〒 − 住所 電話( ) − 緊急連絡先( ) −	
身長( )cm 体重( )kg		来院方法	☐独歩 ☐車椅子 ☐ストレッチャー
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費負担受給者番号	
被保険者名		被保険者との続柄	☐本人 ☐家族
糖尿病 (☐有☐無) インスリン注射 (☐有☐無) ペースメーカー・ICD (☐有☐無)		共立病院受診歴	☐有 ☐無

病名 ☐悪性腫瘍(早期胃癌を除く)
※他の検査、画像診断医より病気診断・転移・再発の診断が確定できない患者
※疑い病名では検査出来ません

☐てんかん(難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患)☐虚血性心疾患(心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者)

検査目的	☐病期診断 ☐転移再発 ☐原発巣検索 ☐てんかん焦点 ☐心筋バイアビリティ
画像診断検査 + 画像読影所見	☐CT 検査日(年 月 日) ☐RI ( ) 検査日(年 月 日) ☐MR 検査日(年 月 日) ☐その他( ) 検査日(年 月 日)
病理診断	☐実施(実施の場合結果記載) ☐未実施

病歴・臨床所見(出来るだけ詳細に記載してください。)

手術歴 (☐有☐無) 年 月 日
術式

紹介元医療機関(名称、所在地、TEL) 年 月 日

名称: 診療科:

住所: 担当医(フルネーム):

TEL: ( ) −

※情報提供書を確認させて頂き、保険診療が難しい場合はお断りさせていただく事がございますので予めご了承ください

FAX送信先 : 戸畑共立病院 地域連携室 (FAX:0120-008-915)