

アミロイドPET検査予約表(紹介患者様用)

社会医療法人 共愛会

紹介先



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

患者氏名:

検査日時: 年 月 日 14:00

お持ちしていただくもの

検査日の13時に地域連携室にお越しください

- アミロイドPET検査予約表・・・本書
- 診療情報提供書(アミロイドPET検査用)
- その他(画像データ、健康保険証など)

注意事項(必ずお読みください)

「お食事について」

- ・ 検査に伴う食事の制限はございません

「その他」

- ・ 検査終了後、最低6時間は妊婦や乳幼児との接触はお控えください
可能なかぎり、24時間は接触を避けてください

「検査費用」

- ・ 料金は、保険診療下(3割負担)で約70,000円必要です

「キャンセルについて」

- ・ 検査の変更・中止などのご希望がありましたら、必ず来院日前日の正午までに(月曜日検査の方は金曜日までに/祭日の翌日に検査の方は祭日の前日までに)下記の番号にご連絡下さい
検査当日に連絡なくキャンセルされた場合、患者様へ薬剤購入費が請求される場合があることをご了承ください

**※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**

* 詳細はアミロイドPET検査に関する説明書(別紙)をご覧ください

共愛会 戸畑共立病院 地域連携室 TEL 0120-008-914

(核医学検査室 内線:2655)