

# PET/CT 検査予約申込書

島根大学医学部附属病院  
地域医療連携センター 行

**FAX番号 (0853)20-2063**

電話番号(0853)20-2061

【ご紹介元医療機関】

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

**ご紹介患者さん**

フリガナ		性別	島根大学病院の受診歴
患者氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		診察券番号
電話番号	( ) —		— —

**検査希望日**

第一希望	月 日 ( ) 午前・午後
第二希望	月 日 ( ) 午前・午後
月 日 以外ならいつでも可能	

**検査前確認事項(該当する箇所に記入、チェックまたは○印をお願いします)**

保険について	<input type="checkbox"/> 保険使用 <input type="checkbox"/> 自由診療(自費)		
病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (病名: ) ※疑い病名は保険適用外です(再発除く)		
	<input type="checkbox"/> てんかん (病名: )		
	<input type="checkbox"/> 心疾患 (病名: )		
	<input type="checkbox"/> 血管炎 (病名: )		
	<input type="checkbox"/> その他 (病名: ) ※保険適用外です		
6ヶ月以内に、PET/CT撮影の有無 <input type="checkbox"/> 有 ※保険適用外です(悪性リンパ腫を除く) <input type="checkbox"/> 無			
PET-CTに至るまでに行われた検査(※保険適用では原則3ヶ月以内の検査等の記載が必要です。)			
<input type="checkbox"/> CT ( 年 月 日)、 <input type="checkbox"/> MRI ( 年 月 日)、 <input type="checkbox"/> 組織・細胞診 ( 年 月 日)			
血糖値	mg/dl ※血糖値が高い場合は検査を中止することがあります		
現在の状態	外来・入院中	告知	済・未
移動方法	歩行・車椅子・ストレッチャー	閉所恐怖症	無・有
注射後1時間及び検査中20分間、安静に寝ることが可能か		可・不可	妊娠の可能性
感染症	無・有 ( )	不整脈	無・有
その他留意点、必要な処置、処方薬など		身長	cm
		体重	kg