

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

醫師名

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	☐ 有 ☐ 無 ☐ 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(該当する箇所記入、チェックまたは○印をお願いします)

保険について	☐ 保険使用 ☐ 自由診療(自費)		
病 名	☐ 悪性腫瘍 (病名:) ※ <u>疑い病名は保険適用外です</u> (再発除く)		
	☐ てんかん (病名:)		
	☐ 心疾患 (病名:)		
	☐ 血管炎 (病名:)		
	☐ その他 (病名:) ※ <u>保険適用外です</u>		
6ヶ月以内に、PET/CT撮影の有無 ☐ 有 ※保険適用外です(悪性リンパ腫を除く) ☐ 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。)			
☐ CT (年 月 日)、 ☐ MRI (年 月 日)、 ☐ 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 無 ・ 有
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	