

PET・シンチ検査予約申込書兼診療情報提供書(紹介状)

FAX番号 0875-56-3306

令和 年 月 日

三豊総合病院 地域医療連携室 宛	紹介元医療機関名
受診希望科	
放射線 科	
受診希望日 年 月 日	医師名 ⑩
都合の悪い日 ()	FAX番号

ふりがな	性別(男・女)	電話番号()	—
患者氏名	旧姓()	携帯番号()	—

患者住所

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

現在貴院にて (入院中 ・ 通院中) (どちらかに○印をお願いします)

当院受診歴(あり ・ なし)	三豊総合病院 ID (おわりの場合ご記入ください。)
------------------	----------------------------

【臨床診断】

【検査目的】

【その他コメント】

PET検査	病理診断 : 無 ・ 有 (診断名:) 当院でのCT検査 : 無 ・ 有 (検査日:) ※1ヶ月以内に検査していないようでしたら、CT検査もご依頼下さい
-------	--

【PET検査チェックリスト】

糖尿病 無 ・ 有 (空腹時血糖 mg/dlもしくはHbA1c)

妊娠・授乳中 無 ・ 有	介助の必要 無 ・ 有
--------------	-------------

シンチグラフィ	骨シンチ、ガリウムシンチ、脳血流シンチ(脳血管性病変・認知症) その他() ※心筋シンチは循環器科にご紹介下さい
---------	---

放射線被ばくに関する説明済

医療関係者各位

- 1 折り返し返信する“紹介患者様の受診日のお知らせ”と“診療情報提供書”を患者様にお渡しください。
- 2 当日は保険証を必ず持参していただくようお願いください。
- 3 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。
- 4 患者住所及び電話番号を必ず記入してください。

※予約状況により、ご希望にお応えできない場合があります。

その場合、連絡を差し上げ調整の上、予約日時を決めさせていただきます。ご了承ください。

お問い合わせ先 三豊総合病院 地域医療連携室 0875-56-3305(直通)
