ＦＡＸ送信用

放射線科 画像検査予約申込用紙(診療情報提供書)　令和　年　月　日

関西医科大学附属病院　放射線　科　検査担当医

紹介元医療機関の所在地・名称　電　話

ＦＡＸ

医師名

フリガナ	旧姓	男 女	生年月日
患者氏名			明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生(　歳)
住所　〒 電話番号			関西医大受診歴 有・無・不明 有の場合 ID 番号(　)

検査項目：□ＣＴ（単純・造影）　□ＭＲＩ（単純・造影）　□核医学（ＰＥＴ-ＣＴ・ｼﾝﾁ）
□コーンビームＣＴ　□パノラマ　□その他（　）

主訴および傷病名

アレルギー：□薬物過敏　□食物過敏

既往歴および家族歴	嗜好

現病歴および現歴・検査所見・治療経過等

現在の処方

受診希望日　第 1 希望　令和　年　月　日(　)

第 2 希望　令和　年　月　日(　)

希望日なし　又は　不都合な日があればご記入ください。〔　〕

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の 16 時 30 分までにご連絡くださいますようお願いします。

＜諸法関係＞ 労災(公災)、保護医療(福祉事務所名　)

交通事故・その他(　)

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません（詳細は担当者とご相談ください）

地域医療連携部／受付時間　**関西医科大学附属病院　〒573-1191 枚方市新町 2 丁目 3 番 1 号**

《受　付》平日　8 時 30 分～20 時　土曜日　8 時 30 分～12 時 30 分

《休診日》日曜、祝日、第 2・4 土曜日、年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔地域医療連携部〕 電話 072-804-2742　ＦＡＸ 072-804-2861

ＰＥＴ－ＣＴ 検 査 連 絡 票

申込日　　年　　月　　日

患者氏名		生年月日	年　月　日
紹介元医療機関名		紹介元電話番号	

診断名 （チェックを入れて下さい）	備考
☐ 悪性腫瘍 ① 確定診断名 （　　） ② PET-CT前に実施された検査、及び実施年月日 ☐ CT （実施年月日　／　／　） ☐ MRI （実施年月日　／　／　） ☐ 細胞診 （実施年月日　／　／　） ☐ 組織診 （実施年月日　／　／　） ☐ その他（　　） （実施年月日　／　／　） ③ 検査目的をチェックして下さい。 ☐ 病期診断 ☐ 転移診断 ☐ 再発診断 ☐ 悪性リンパ腫の治療効果判定	① 悪性腫瘍は、早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含みます。 ② 他の検査、又は画像診断により病期診断、又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に限ります。 ③ 疑い病名は保険適応となりません。 ④ 検査当日、紹介状及びフィルム、検査結果のコピーをご持参頂きますよう、ご配慮下さい。
☐ 血管炎 （保険適応　☐ あり　☐ なし）	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない患者に限ります。
☐ 心疾患 （保険適応　☐ あり　☐ なし）	心サルコイドーシスの診断（心臓以外でサルコイドーシスと診断され、心電図心エコー等で心臓病変を疑う所見を認める場合）、心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に限ります。
☐ 自費によるPET-CT検査 ・診断名 （　　）	・検査料（自費）：約13万～14万円

関 西 医 科 大 学 附 属 病 院

≪予約受付≫ 平日　午前8時30分～午後8時　　土曜日　午前8時30分～午後12時30分
≪休診日≫　日曜、祝日、第2・4土曜日

［地域医療連携部］ 電話 072-804-2742　FAX 072-804-2861