

PET検査申込用紙

関西医科大学総合医療センター (FAX:06-6993-9488)

令和 年 月 日

<紹介元医療機関>

所在地
名称
電話番号
FAX番号

医師名:

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 - 電話番号() -		
(旧)関西医科大学附属滝井病院での受診歴(有・無)			
受診希望日	平成 年 月 日 (曜日)		
主訴・傷病名			

検査に必要な事項です。以下の項目を記入及びチェックをお願いします。

1. 部位	全身FDG-PET	頭頂部から大腿基部	<input type="checkbox"/>	頭頂部から足先	<input type="checkbox"/>
2. 診療区分	保険診療	<input type="checkbox"/>	自費診療	<input type="checkbox"/>	
3. 来院方法	独歩	<input type="checkbox"/>	車イス	<input type="checkbox"/>	ストレッチャー <input type="checkbox"/>
*検査台への移乗が一人で困難な場合は、ストレッチャーにチェックをお願いします。					
4. 糖尿病	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	→ 糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/>
5. サルコイドーシス	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	
6. 悪性黒色腫	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	
7. 身長	()	cm	体重	()	kg

<問合せ先>

地域医療連携部 〒570-8507大阪府守口市文園町10-15 電話06-6993-9444(直通)