

# 加古川中央市民病院

## PET-CT 検査依頼について

- ① 「PET-CT 検査依頼書」に必要事項を記載の上、FAX にて送信してください。

<送信先>加古川中央市民病院 予約専用

FAX: 079-451-8653

☆予約受付時間 [平日] 9:00 ~ 17:00

※ 平日 17:00 以降に送信していただいた依頼に対しては、翌日（休日・祝日の場合は翌営業日）の返信（FAX）となります。

- ② 予約日時を確定した後、「PET-CT 検査予約済報告書（紹介医用）及び予約票（患者さん用）」をFAX にて返信します。内容をご確認のうえ、「予約票（患者さん用）」の切り取り線以下を患者さんへお渡しください。
- ③ 検査当日は下記のものについて記入し持参いただくよう患者さんにご説明をお願いします。

患者様にお渡しいただくもの

\* (1) ~ (3) に関してはホームページよりダウンロードしてください。

- (1)検査問診票・・・・・・・・・・3枚
- (2)検査同意書・・・・・・・・・・1枚
- (3)検査を受けられる方へ・・・・1枚
- (4)検査資料（CT、MRI、超音波などの画像データがある場合）

- ④PET-CT は病状によって、保険適用できない場合がありますので、ご了承ください。

<予約に関する問い合わせ>

加古川中央市民病院 予約専用 TEL 079-451-8651（平日 9:00~17:00）

## 記入例

## PET-CT 検査依頼書 (患者紹介書)

依頼日 年 月 日

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

紹介元医療機関

加古川中央市民病院

名称

所在地

放射線診断科 担当医

医師名

科

TEL

FAX

フリガナ		男女	(西暦) 年	加古川中央市民病院 または 加古川西市民病院 の受診歴 あり・なし
氏名	旧姓( )必ず記載をお願いします。		月 日 ( 歳)	
住所	〒 -	電話番号 (日中に連絡がとれる番号)		
		連絡先 1		
		連絡先 2		

上記の電話番号へ事前確認の連絡をとらせていただきます

該当箇所に✓や○を記入してください

検査希望日	第1希望 ( 月 日 ) 第2希望 ( 月 日 )	※結果は郵送で、約1週間後の到着となります
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス (病名: )	
検査目的		
体位・方向	<input type="checkbox"/> 頭頂~大腿部 <input type="checkbox"/> 頭頂~足底部	
施行した画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
腫瘍マーカー値など		

臨床経過など (既往歴・治療歴に関しては、日時を含めてできるだけ詳しくご記入ください)

\*経過等ご説明頂く文章について、100文字を超える場合は、別途貴院の情報提供書にてご記入ください。

下記の内容は記入漏れがない様お願いします。

改訂: 2023年4月

検査に必要な 確認事項 (必ずご記入 ください)	身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中
	移動に介助が必要 (付添い歩行・車いす・ベッド)		なし・あり		糖尿病	なし・あり (BS: )・不明
	妊娠の有無		なし・あり		オムツ	なし・あり
	仰臥位で20分静止		可・不可		尿バッグ	なし・あり
	閉所恐怖症		なし・あり			
	ペースメーカー・ICD		なし・あり		告知	なし・あり

加古川中央市民病院 予約専用ダイヤル FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651