

診療情報提供書(紹介状)兼検査申込書

(PET-CT 検査用)

紹介先医療機関名

市立青梅総合医療センター

放射線診断科

放射線診断科受付 0428-22-3191 内線 11501

紹介元医療機関名

住所

電話

医師名

患者様情報

フリガナ		性別	生 年 日 月 日	大正・昭和・平成・令和	
氏名		男・女		年 月 日 () 歳	
住所	〒 -			電話番号	自宅
					携帯

診療情報

検査日時	年 月 日 ()		時 分
体重(必須)	kg	体重により薬品の発注量を調整するため、正確な値をご記入ください	
保険適用理由	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍※ <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 高安動脈炎等の大血管炎		
病名			
検査目的			

確認事項

歩行(独歩)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	移動方法 ()	仰臥位約30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	空腹時血糖 mg/dl	投薬内容	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HB 抗原 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TPHA			
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
植込み型心臓ペースメーカー または除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

保険情報

※保険情報は下記、保険情報欄にご記入いただくか、保険証のコピーを FAX してください。
第二公費をお持ちの場合は医療券のコピーも FAX してください。

保険者番号		記号・番号	
公費負担番号		公費受給者番号	
資格取得年月日		有効期限	
被保険者氏名	本人・家族		<input type="checkbox"/> 老 一部負担金割合 <input type="checkbox"/> 割

診療情報提供書(紹介状)兼検査申込書 FAX 送付先

24時間(土日、祝日も含む)	0428-25-1854 (地域医療連携室直通)
----------------	--------------------------