

# 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 5319

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	大正・昭和・平成・令和
氏 名		男・女	月 日	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		

※他の検査または画像診断により、病気診断または転移もしくは再発の診断が確定できない場合のみ、保険適用となります。  
適用外で検査をご希望の場合は、当院のPET検査をお申し込みください。

## 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	①一部負担金割合 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)