

診療情報提供書(PET/CT検査依頼書)

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX 予約票 FAX 0120-335-979

TEL 088-633-9106

紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

フリガナ				受診希望日	① 月 日(曜日)
患者氏名					② 月 日(曜日)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女		
住 所	〒				
電話番号	() -	日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。(急な休診時のご連絡等のため)			
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無・有 = <input type="checkbox"/> 登録番号()	旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認をとらせていただく場合があります。ご了承下さい。			
確定病名					
検査目的	悪性度評価 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ その他()				
症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など)					
検査部位	<input type="checkbox"/> 全身スキャン	頭部から大腿上部まで			
	<input type="checkbox"/> 局所スキャン	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 下肢
フィルム貸出	X線 枚 ・ MRI 枚 ・ CT 枚 ・ その他(枚)				
患者情報	・体重 kg	・手術経験 有 ・ 無			
	・移動 車椅子 ・ 寝台 ・ 独歩可能	・妊娠 有 ・ 無(月)			
	・腫瘍マーカー ()	・アレルギー 有 ・ 無()			
	・異常の有無 有 ・ 無	・授乳 有 ・ 無			
	・施行した画像診断 CT・MRI・RI・US・その他()			・糖尿病 有 ・ 無	
	・感染症 SIS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他()			・閉所恐怖症 有 ・ 無	

■ 保険情報

保 険	保険者番号	本人	家族	負担割合	開始日	年 月 日
	記号	番号			終了日	年 月 日

■ FAX受付時間 月~金 9:00~17:00 (土日祝、年末年始は除く)

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りいたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。ご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのご返信となります。