

FAX : 03-3451-8345

年 月 日

PET-CT検査予約票・控

国際医療福祉大学三田病院

地域医療連携部 TEL 03-3451-8062

検査予約日時 : 年 月 日 時 分

※ 検査予約の45分前にお越しいただきますようご案内をお願いします。

当院受診歴 有・無		紹介元医療機関名	
フリガナ		所在地	
氏名		男・女	電話
生年月日	年 月 日	歳	F A X
住所	〒	診療科	
		医師名 先生	
《 患者様情報 》			
患者様 移動		歩行・車椅子・ストレッチャー	
患者様 静止		30分 静止可・不可	
電話	— —	※ 不可の場合 静止方法 ()	
携帯電話	— —	患者様 動的介助	不要・必要(家族付添必須)
被保険者		患者様 コミュニケーション	良好・要介助(家族付添必須)
保険者番号		検査施行 同意書	有・無
記号番号	—	当該病変の病理診断	実施・未実施
老人保険証		同月内 CT検査	無・有
医療受給者証		他 画像検査	無・有(画像要持参)
市町村番号		同月内 Ga検査(予定含む)	無・有
受給者番号		感染症	無・有
一部負担金	1割・2割・3割	糖尿病	無・有

診断名 :

※ 臨床症状・検査目的を下記にご記入願います。
(具体的にお願いします)

※ 上記太線内に必要事項をご記入願います。

《 ご連絡事項 》