

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。

診療区分： 保険診療 / 自費				貴院名			
当院受診歴： 有・無				所在地			
フリガナ				電話			
氏名		男・女		F A X			
生年月日		年月日		診療科			
住所		〒		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	
				※ 不可の場合 静止方法 ()			
				患者様 動的介助		不要・必要(家族付添必須)	
電話				患者様 コミュニケーション		良好・要介助(家族付添必須)	
携帯電話				検査施行 同意書		有・無	
被保険者		続柄		当該病変の病理診断		実施・未実施	
保険者番号				同月内 CT検査		無・有	
記号・番号				他 画像検査		無・有(画像要持参)	
公費負担者番号				同月内 Ga検査(予定含)		無・有	
公費受給者番号				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。(具体的に願います)

※ 上記太線内に必要事項をご記入願います。

《 ご連絡事項 》