

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 ()					
電話		— —		検査施行 同意書		有・無			
携帯電話		— —		当該病変の病理診断		実施・未実施			
被保険者				続柄		同月内 CT検査			
保険者番号						他 画像検査			
記号・番号						同月内 Ga検査(予定含)			
公費負担者番号						感染症			
公費受給者番号						糖尿病			
一部負担金				1割・2割・3割		身長: cm 体重: kg			

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》