

【PET-CT検査用】 紹介連絡・予約申込票

(申込年月日:平成 年 月 日午前・午後 時 分)

依頼先 岐阜市民病院 放射線科 御中				依頼元 病院・医院 医師名 先生 電話 FAX			
公費負担者番号				保険者番号			
公費の受給者番号				記号・番号			
フリガナ		性別		旧姓		有効期限	
氏名		男				平成 年 月 日	
		女				昭和・平成 年 月 日	
生年月日		大・昭・平 年 月 日(歳)		事業所		電話	
住所		〒 電話		保険者・市町村 国保組合所在地			
				下記の有効期限		平成 年 月 日	
被保険者・世帯主氏名				乳・重・母子		-	
職業		世帯主・被保険者との続柄		特定疾患			
受診者の負担率				()			
当院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有→ 診察券ID()				紹介医療機関 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中			

診断・病名:
(早期胃がんを除く悪性腫瘍)

検査希望日: 月 日 午前・午後

<p>【検査目的】</p> <p><input type="checkbox"/> 病期診断 確定した悪性腫瘍の治療前で、他の検査、画像診断により病期が確定できない場合</p> <p><input type="checkbox"/> 転移・再発診断 確定した悪性腫瘍の治療後で、他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない場合</p> <p>※「診療情報提供書」に病理組織、臨床病歴、身体所見、PET-CT以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などご記入ください。</p>	<p>下記の質問にお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 別紙「PET-CT検査を受けられる方へ」をよく読み(注意事項、持ち物、手順、費用など)患者が理解しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 別紙「PET-CT検査保険要件」に該当する患者ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 検査当日、患者が持参する診断画像は何ですか <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> () (検査当日、ご持参ください。) <p>※ この紹介連絡・予約申込票とともに「説明と同意書」、「診療情報提供書」を送信してください。</p>
---	--

返信・予約控



先生 平成 年 月 日

患者の氏名 _____ 様 予約日 月 日() 午前・午後 時 分

※検査は遅延することもありますのでご了承ください。

当日は、 時 分までに①紹介受付にお越しください。

持ち物 他院で貰われているお薬の説明書やお薬手帳があればご持参ください
 予約控(本状)・説明と同意書・診断画像・診療情報提供書・保険証・医療費受給者証等・当院の診察券

受付終了後、放射線科 受付にて声をお掛けください。

岐阜市民病院 放射線科 担当医 川口 真平

上記予約に関するお問い合わせは、地域連携部まで 電話:058(253)0890 FAX:058(255)0504