PET-CT検査予約申込書兼診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

送信先 京都市立病院　地域医療連携室　FAX（075）311-9862(専用)

受付時間 平日／8:30～20:00(木曜日は17:00まで)、土曜日／8:30～12:00
事前予約医療機関専用電話　TEL（075）311-6348

▶検査希望日

第1希望	月	日(　　)
第2希望	月	日(　　)
第3希望	月	日(　　)

□ 希望なし

▶紹介元医療機関

所在地

名　称

医師名

TEL

FAX

▶検査情報

臨床診断名	
検査目的	□ 病期診断　□ 転移･再発診断　□ 原発巣検索
画像検査歴	□ CT　□ MRI　□ US　□ その他（　　）
症状及び経過･腫瘍マーカーなどの他検査所見	□ 入院中　◀ 入院中に検査受診される場合
既往歴･手術歴	

閉所恐怖症	□ 無　□ 有	糖尿病	□ 無　□ 有　空腹時血糖値（　　mg/dl）
妊娠の可能性	□ 無　□ 有	ペースメーカー	□ 無　□ 有 → 機種名（　　）
30分以上の静止	□ 可　□ 不可	移動方法	□ 独歩　□ 車椅子　□ ストレッチャー

その他留意事項

▶患者情報

※市立病院のIDをお持ちの方は患者番号をご記入ください。

市立病院･京北病院 受診歴 □有　□無　□不明	ふりがな		旧姓	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日 (　　歳)
市立病院･京北病院 患者番号	氏　名						
住　所	〒　　－　　電話番号（　　）　　－						

▶保険情報

※保険証の写しをFAXしていただければ記入は不要です。

被保険者証	保険者番号			公費負担医療受給者証	負担者番号	
	記号・番号				受給者番号	
	被保険者氏名				有効期限	年　月　日～ 年　月　日
	続柄	本人 ・ 家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		