

# PET-CT検査予約申込書兼診療情報提供書

年 月 日

**送信先** 京都市立病院 地域連携室 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( )
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 転移・再発診断	<input type="checkbox"/> 原発巣検索
画像検査歴	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ( )
症状及び経過・腫瘍マーカーなどの他検査所見	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 空腹時血糖値( mg/dl)
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 機種名( )
30分以上の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	ふりがな	旧姓	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 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~		
	続柄	本人・家族	負担割合		1割・2割・3割 年 月 日		