

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 平日のみ/8:30~19:00(木曜日は17:00まで)
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
診療科
医師名
TEL
FAX

※新型コロナワクチン接種後1ヶ月以上間隔をあけて予約日を設定してください。
ご不明の点はPET検査室(内線5184)にお問合せください。

▶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 | |