

診療情報提供書・委託検査依頼書・高度医療機器共同利用申込書

※ この書類にもれなく記入し、
他の必要書類と共に FAX して下さい
お申込みは 月～金 8:30～16:45

予約受付

砂川市立病院 地域医療連携室
〒073-0196 砂川市西 4 条北 3 丁目 1 番 1 号
FAX 0125-54-2252 TEL 0125-54-2131

PET

紹介元医療機関名			
診療科	科	外来・入院 (病棟)
医師名			
TEL ()	- FAX () -

下記の患者様を紹介するとともに、医療機器の利用を申し込みます。
なお、検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ	男・女	住所	身長
患者氏名	様	TEL	_____ cm
大・昭・平・令 年 月 日生		- -	体重
			_____ kg
当院受診歴 無・有 (ID _____) 移動 歩行・車いす・ストレッチャー 水分負荷 可・不可 排尿 自立・要介助・オムツ・バルーン 糖尿病 無・有 (服薬・インスリン) 視聴覚障がい 無・有 (_____) 酸素投与 無・有 感染症 無・有 (_____) この検査は公費負担等 (特疾・障害・事故・労災など) の該当となりますか? <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※公費負担該当となる場合は保険情報もあわせてお送りください。			

希望日
患者さんは 返事を待っている 帰宅済み

予約日時
年 月 日 () (:)

検査方法 <input type="checkbox"/> 全身 PET-CT (単純) <input type="checkbox"/> 全身 PET-CT (造影) 造影の場合は 同意書・問診票が必要です。	病名・臨床経過・手術歴・検査目的・撮像方法の指示 - 詳しく - <input type="checkbox"/> 読影を依頼する ※楷書ではっきりお書きください。
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

- 検査 6 時間前より絶食して頂きます
- 500m 1 程度の水、又は糖分を含まないお茶を用意して頂きます
- 検査終了まで約 3 時間かかります

* 必要事項記入後に、この申込書を地域医療連携室へ FAX してください。
* 検査当日は各書類の原本を持参の上、1 番新患受付へお越しください。
* 放射線診断科外来にて問診後に検査室へご案内します。
* 読影を依頼される場合、報告まで、1 週間以上かかる場合があります。