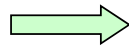


地域医療室へ TEL後FAX



検査予約票をお持ちください。

診療情報提供書 (PET-CT検査依頼書)

平成 年 月 日

箕面市立病院 地域医療室 行
(FAX 072-728-8475)

所在地
施設名
医師名
TEL
FAX

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ
患者氏名
生年月日
M・T・S・H
(男・女)
才
TEL

カルテ番号 (箕面市立病院の診察券をお持ちの場合は、カルテ番号を記入してください。)

日時
平成 年 月 日 () 時 分

★ 必要な項目にチェック、記入してください。
下記に該当しない場合、または健診目的の場合は医療保健センターへご連絡ください。

Table with 3 columns: 検査目的, 保険適用要件, 病名. Rows include 良悪性鑑別, 原発巣検索, 病期診断・転移・再発診断.

検査部位
 全身 (眼窩下縁~大腿上部) 頭部 下肢 その他 ()

実施した検査とその結果 (必ず記入してください。)

画像診断
病理診断
腫瘍マーカー及びその値
他の検査

臨床経過等
手術歴
糖尿病
心臓ペースメーカー

検査結果
 所見と画像 (CD-R フィルム)
 所見のみ