

# 自衛隊中央病院PET-CT検査予約申込書

PET

医療機関名： \_\_\_\_\_ 医師氏名： \_\_\_\_\_ 診療科： \_\_\_\_\_  
 日中、連絡の取れる電話番号を記載して下さい。 [ \_\_\_\_\_ (内線： \_\_\_\_\_) ]

フリガナ			性別	生年月日	
患者氏名				年	月 日 (才)
住所	〒 _____			電話番号 (自宅)	
出身地			勤務先		
自衛隊中央病院受診歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		自衛隊中央病院ID	- -
身長	_____ cm	体重	_____ kg	30分仰臥位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 痛み止め内服で可能
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 見守り※	留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ルンパック	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意志疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不明※	排泄	<input type="checkbox"/> 一人でトイレ可 <input type="checkbox"/> オムツ※ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 要介護※		
点滴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	点滴以外	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
経口摂取	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	※検査当日は患者様に付添う家族等の同伴をお願いしています。 <input type="checkbox"/> 同伴可能			

PET-CT検査予約種類 (必要項目にチェックして下さい)

18F-FDG PET-CT検査 (腫瘍)  参照画像をCD等で当日持参

疾病名					
既往歴			糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (FBS値)	mg/dl
検査目的					

現在の症状及び治療経過

--	--	--	--	--	--

検査予約年月日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日  
 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

- PET-CT検査可能な曜日は**火曜日・水曜日のみ**です。
- この検査予約申込書を自衛隊中央病院医事課にFAX送信して下さい。
- 予約確定次第、検査予約票をFAX返信しますので、患者様にお渡し下さい。

自衛隊中央病院 医事課 TEL:03-3411-0151 (内線:6212)  
 FAX:03-3411-0461

