

# PET/CT 検査予約申込書 (核医学診療科)

北海道大学病院  
 医事課 (新来予約受付担当) 行  
 〒060-8648 札幌市北区北 14 条西 5 丁目  
 電話: 011-706-6037 (直通)  
 FAX: 011-706-7963 (直通)

貴医療機関名: \_\_\_\_\_  
 住 所: \_\_\_\_\_  
 医 師 氏 名: \_\_\_\_\_ 診療科: \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号: \_\_\_\_\_  
 F A X 番 号: \_\_\_\_\_  
 ご担当者名等: \_\_\_\_\_

フリガナ		性別		〒
患者氏名		男・女	住 所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)		電話番号	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 付添 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> 当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID ) <input type="checkbox"/> 無

**●患者さんに必ずこの検査に関する同意を得てください。●赤字は必須項目です。**

\*身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg **●搬送区分:**  独歩  護送  担送  その他 \_\_\_\_\_

**●腎機能異常:**  有  無  検査中 \*腎機能結果値 (月 日): BUN( ) クレアチニン( )

**●糖尿病:**  有  インスリンの使用 (有・無)  無  検査中

**●薬剤アレルギー:**  有 ( )  無  不明 \_\_\_\_\_

**●感染症:** HBV (+・-・未検査) HCV (+・-・未検査) 梅毒 (+・-・未検査) CJD (+・-・未検査)

MRSA (+・-・未検査) HIV (+・-・未検査) HTLV-I (+・-・未検査)

\*感染症: 結核菌 (+・-・未検査) **●排菌:**  有  無

**●ペースメーカーの使用:**  有  無

**●病名 (○で囲んでください):** 1) 肺癌 2) 乳癌 3) 大腸癌 4) 頭頸部癌 5) 膵癌 6) 悪性リンパ腫

7) 転移性肝癌 8) 原発不明癌 9) 悪性黒色腫 10) 食道癌 11) 子宮癌 12) 卵巣癌

13) てんかん 保険適用要件を満たして (いる・いない) 14) その他 ( )

**●検査目的**

\*手術前後の区分:  術前  術後  無 \*手術予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*検査に対する日時希望: ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 緊急の理由 \_\_\_\_\_  無

**●臨床経過・検査・手術所見**

**●特定疾患の有無:**  有 (疾患名 \_\_\_\_\_)  無

**●保険者証・公費負担受給証原本のコピーを送信お願い致します。**  
 コピーの送信ができない場合には下記に記載してください。

予約希望日、または曜日		
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険者番号
		記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	負担者番号
		受給者番号