

# 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

※患者さんには必ずこの検査に関する同意を得てください。 ※▶は必ず記入してください。

\*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 無 検査中 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) 膀胱癌 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

▶保険証・公費負担受給証原本のコピーを送信願います。  
 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 _____