

地域医療連携 PET/CT検査 予約申込書

紹介先医療機関名 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 御中
 FAX: 0120-731-063 TEL: 0120-731-062



記入日: 平成 年 月 日

FAX1

紹介元
医療機関:

名称 所在地		
-----------	--	--

患者情報:

TEL・FAX	TEL:	FAX:
診療科・主治医名	診療科:	主治医名:
フリガナ		
患者氏名		
生年月日・性別	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒	
TEL	()	
	* 検査前日にお電話でお知らせ致します。その際の電話番号の記入をお願い致します。(前日が休日の場合は、休日前にお電話致します)	
	()	
当院受診歴	無・有 (ID:) * ご存知でしたら患者番号の記入をお願い致します。	

紹介先医療機関名:

独立行政法人国立病院機構
長崎医療センター
診療放射線部 PETセンター

検査希望日:

平成 年 月 日

* 検査後の検査結果運用について、いずれかを選択下さい。(番号に○を付けて下さい。)

2. 患者さんには、検査終了後即、帰っていただき、CD/DVD・レポートを翌日郵送
3. 患者さんには、検査終了後即、帰っていただき、画像・レポートをアジサイネットで確認 (レポートのみ翌日郵送、CD/DVD無し)

* 検査希望日の3日前 (15:00) までにお申し込み下さいますようお願い致します。
 * 変更・キャンセル等の連絡は、2日前 (15:00) までに地域連携室まで御連絡下さい。