

診療情報提供書 兼 PET/CT 依頼書

三菱京都病院 宛

予約センターFAX : 075-381-2173

紹介元医療機関

申込み年月日 年 月 日

医療機関名	診療科	検査予約日時
医師氏名		月 日
		時 分

患者情報

フリガナ		性別	生年月日 (大・昭・平)
氏名		男・女	年 月 日
住所 電話番号	〒 -	TEL () -	-

病名・臨床経過など (保険適応は早期胃癌以外の悪性腫瘍です)

病名：

臨床経過、既往歴、アレルギーなど：

移動方法： 歩行 車いす ストレッチャー

画像提供媒体

- CD-Rのみ
- プリントのみ
- CD-Rとプリント

提供方法

- 患者手渡し
- 後日郵送

* 貴院でのCTやMRIなどの画像をご提供ください。

PET/CTと併せて読影致します。

* 患者さんに当院専用の「PET/CT説明書」と地図をお渡しください。

P E T / C T 予約方法：三菱京都病院

- 1) 予約センターへお電話ください。その場で日時を決定致します。
- 2) 別紙の「P E T / C T 説明書」と地図を患者さんにお渡しください。
- 3) 別紙の「診療情報提供書 兼 P E T / C T 依頼書」または
貴院書式の診療情報提供書を検査前日までに当院に届くように
F A X (075-381-7811) または郵送でお送り下さい。

予約センター電話 0 1 2 0 - 3 2 - 4 0 0 4

(医療機関専用ダイヤルです。患者さんにご利用になれません)

- * 結果返送は検査翌日（金曜の場合は翌週月曜）の発送が原則ですが、お急ぎの場合は
ご相談ください。極力対応致します。
- * 当院書式の「診療情報提供書 兼 P E T / C T 依頼書」、「P E T / C T 説明書」が
お手元にはない場合はお電話の際にお申し出ください。当院からすぐにF A X致します。
- * 土曜日のP E T / C T 検査は行っておりません。