

FDG-PET/CT検査 診療情報提供書 (紹介状)

1枚目
新松戸中央総合病院宛

※ この用紙を予め当院へFAX 送信後、原本は当日患者様をご持参ください。

新松戸中央総合病院
予約センター
TEL : 047-345-1115
FAX : 047-375-8211

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医
(フルネーム)

検査予約日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

(事前の準備がありますので、検査当日は予約時間の30分前までに「SMARTセンター 1F受付」にお越しください。)

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日
患者氏名		男・女	身長	cm	体重	kg	(歳)
患者住所	〒						
	電話番号						

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病名 ()	告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査日: / 組織)		
検査目的	<input type="checkbox"/> 術前病期診断 <input type="checkbox"/> 術後再発/転移検索 <input type="checkbox"/> 大動脈炎症候群 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> その他 () ※良悪性鑑別は、保険適応外です		
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり () ※ご希望がない場合は、頭部～大腿基部までとなります。必要な場合は、別紙に記載し添付してください。		

紹介目的, 既往歴・症状経過等 (貴院の様式で別紙添付可)	画像検査等	
	検査日	検査日
	CT	/
	MRI	/
	病理	/
	その他	

※ 検査日も必ずご記入ください。CT・MRI等の画像診断や病理検査がすでに施行されている患者が、保険適応になります。(他院での検査でも結構です) 必ず、画像データを本人にお渡しください。

《 検査前確認事項 》

糖尿病	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (インスリン・内服)	検査当日の休薬・絶食	<input type="checkbox"/> 可・(<input type="checkbox"/> 不可:検査不可)
20分の静止	<input type="checkbox"/> 可・(<input type="checkbox"/> 不可:検査不可)	入・外区分	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
移動について	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー (介助が必要な方は事前にご相談ください)		

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

FDG-PET/CT検査 診療情報提供書 (紹介状)

2枚目
貴院控

新松戸中央総合病院
予約センター
TEL : 047-345-1115
FAX : 047-375-8211

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医
(フルネーム)

検査予約日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

(事前の準備がありますので、検査当日は予約時間の30分前までに「SMARTセンター 1F受付」にお越しください。)

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日
患者氏名		男・女	身長	cm	体重	kg	(歳)
患者住所	〒 電話番号						

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病名 ()	告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査日: / 組織)		
検査目的	<input type="checkbox"/> 術前病期診断 <input type="checkbox"/> 術後再発/転移検索 <input type="checkbox"/> 大動脈炎症候群 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> その他 () ※良悪性鑑別は、保険適応外です		
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり () ※ご希望がない場合は、頭部～大腿基部までとなります。必要な場合は、別紙に記載し添付してください。		

紹介目的, 既往歴・症状経過等 (貴院の様式で別紙添付可)	画像検査等	
	検査日	検査日
	CT	/
	MRI	/
	病理	/
その他		

※ 検査日も必ずご記入ください。CT・MRI等の画像診断や病理検査がすでに施行されている患者が、保険適応になります。(他院での検査でも結構です) 必ず、画像データを本人にお渡しください。

《 検査前確認事項 》

糖尿病	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (インスリン・内服)	検査当日の休薬・絶食	<input type="checkbox"/> 可・(<input type="checkbox"/> 不可:検査不可)
20分の静止	<input type="checkbox"/> 可・(<input type="checkbox"/> 不可:検査不可)	入・外区分	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
移動について	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー (介助が必要な方は事前にご相談ください)		

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

FDG-PET/CT予約票（患者さんへのお知らせ）

3枚目
患者様持参用

新松戸中央総合病院
予約センター
TEL：047-345-1115
FAX：047-375-8211

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医 (フルネーム)

検査予約日時： 年 月 日（曜日） 時 分

（事前の準備がありますので、検査当日は予約時間の30分前までに「SMARTセンター 1F受付」にお越しください。）

フリガナ		性別		大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日
患者氏名		男・女		生年月日			(歳)
				身長	cm	体重	kg
患者住所	〒						
	電話番号						

〈検査当日ご持参頂くもの〉

- 健康保険証、各種医療受給者証
- 患者さんへのお知らせ（診療予約券）：本状
- 主治医からの診療情報提供書（紹介状）・画像データ・検査データ
- 検査料金 ※クレジットカードでのお支払いも可能です。電子マネーには対応しておりません。
(VISA・JCB・Master・SAISON CARD・AmericanExpress・JACCS・DC・NICOS・UFJ)

〈検査にあたってのご注意〉

- 予約時間の30分前にSMARTセンター 1F受付へお越しください。
- 別紙の「FDG-PET/CT検査のご案内」をお読みください。

◇ 電車でお越しの場合

- ・JR武蔵野線
- ・JR常磐線（千代田線）「新松戸駅」徒歩 3分
- ・流鉄流山線「幸谷駅」徒歩 3分

◇ 路線図



◇ お車でお越しの場合

近隣の病院契約駐車場をご利用ください。