

アミロイドPET/CT検査依頼票(診療情報提供書[様式1])

FAX送付先: 0476-99-1991
千葉北総病院医療連携支援センター

お問い合わせ **TEL: 0476-99-0158**
千葉北総病院PET検査室

依頼元	貴院名		⇒ 変更なければ記載不要	TEL	
	診療科			FAX	
	依頼医師			住所	

患者情報	フリガナ		生年月日: 年 月 日					
	氏名		男	女	身長	cm	体重	kg
	住所	〒		TEL				
			携帯					

付添者情報	フリガナ		関係:	
	氏名		携帯	

ADL:	自力歩行	杖歩行	車いす	ストレッチャー	30分の静止:	可	不可	
閉所恐怖症:	無	有	難聴:	無	有	酸素:	無	有

検査希望日時 ※検査は午後のみ ※土日祝を除く ※入院中は不可	第1希望	年	月	日	午後
	第2希望	年	月	日	午後
	第3希望	年	月	日	午後