

FDG PET-CT検査診療情報提供書兼予約票

聖授会OCATクリニック 担当医 殿

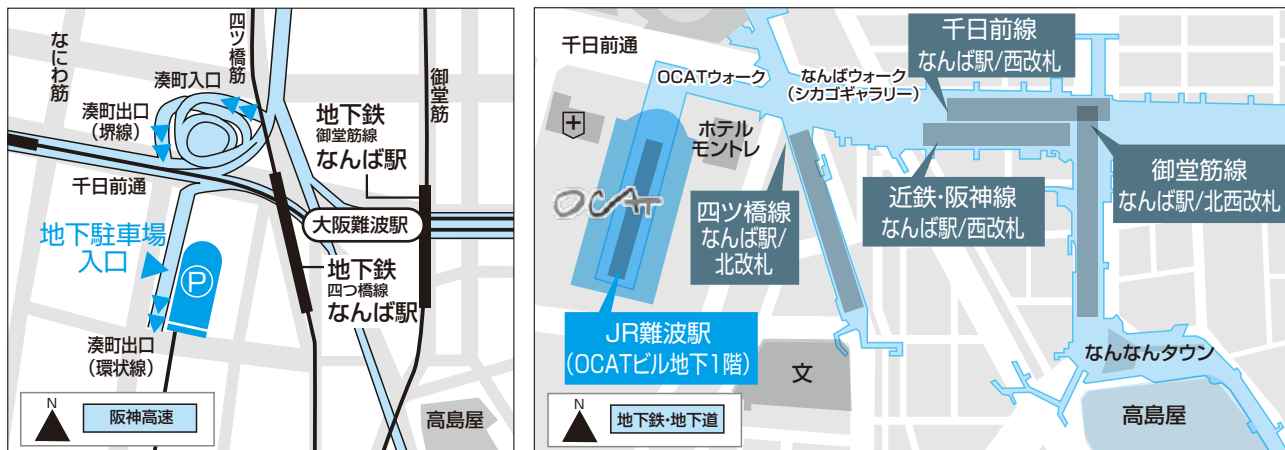
ご依頼年月日：令和 年 月 日

フリガナ		保険者番号	
受診者氏名	様	記号・番号	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 男・女	有効期限	令和 年 月 日
受診者様連絡先 (携帯等)	() - () 在宅・入院中 DPC対象(病棟名:)	被保険者氏名	
ご依頼機関名		資格取得日	令和 年 月 日
診療科・担当医名	科・医師		
検査予定日	年 月 日 (午前・午後) 時 分		

*上記は受付時間です。10分前にお越し下さい。

この用紙と保険証をご持参の上、当センタークリニック受付にお越しください。

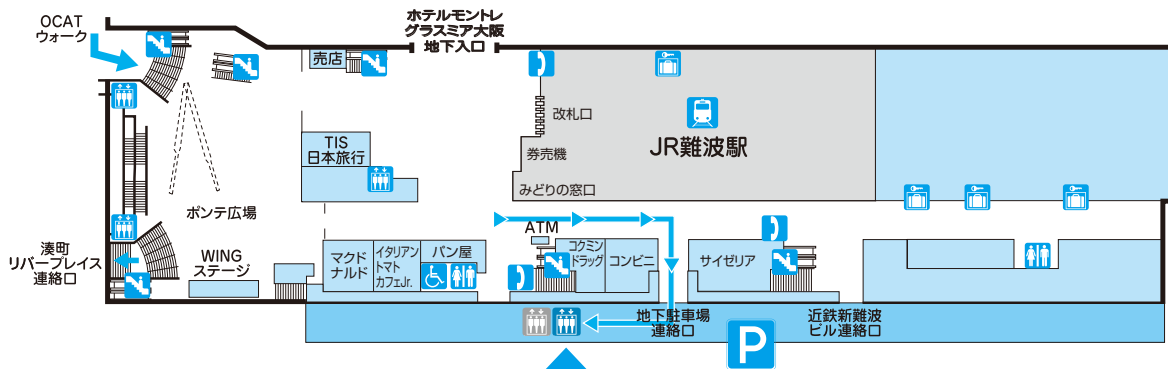
Access Map



※当クリニックには患者様用駐車場がありません。OCATビル地下駐車場(有料)または周辺のコインパーキングをご利用ください。

エレベーターご案内図

OCAT地下1階フロア案内



聖授会行きエレベーター

地下駐車場右側のエレベーターで地下3階までお越しください。



医療法人 聖授会OCAT予防医療センター

〒556-0017 大阪市浪速区湊町1丁目4番1号OCATビル地下3階

ご予約お問い合わせは ☎06-6641-3811

お問合せ受付時間
8:30~16:30

FDG PET-CT検査診療情報提供書兼予約票

聖授会OCATクリニック 担当医 殿

ご依頼年月日：令和 年 月 日

フリガナ		保険者番号							
受診者氏名	様	記号・番号							
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 男・女	有効期限	令和	年	月	日			
受診者様連絡先 (携帯等)	() - () 在宅・入院中 DPC対象(病棟名:)	被保険者氏名							
ご依頼機関名		資格取得日	令和	年	月	日			
診療科・担当医名	科・医師								
検査予定日	年 月 日 (午前・午後)		時 分			*上記は受付時間です。10分前にお越し下さい。			

PET-CT検査部位 通常範囲(眼窩～鼠径部) ご指定範囲()

ご依頼目的、病名・病歴、既往歴・家族歴、治療経過をご記入ください。

悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 病名() 診断・手術・治療 月 日
 病期診断 再発・転移診断 結果は所見とCDのみ(film不要)
既におこなった検査 X-P CT MRI RI angio 内視鏡 生検 その他()

確認事項
*必ずご記入下さい。

歩行：自立・要介助・全介助(立位保持可・否)
否の場合、最近測定された身長・体重をご記入下さい。身長()cm 体重()kg
移動方法：杖・車椅子・ストレッチャー 人工肛門：有・無
排泄：自立・要介助・全介助(おむつ着用・バルーン留置) ウロストミー：有・無
点滴：有・無(末梢へパロック・末梢持続点滴・IVH) その他()
酸素：有・無(酸素量 0・酸素濃度 %)
感染症：HBV(+・-・未) HCV(+・-・未) その他() ペースメーカー：有・無
合併症：糖尿病・高血圧・心疾患・人工透析 妊娠：有・無

OCATクリニック使用欄 画像診断(持参有・無) 担当： 前日確認(済・不・未) 担当： P P/C 自

この用紙はお手元に保管してください

FDG PET-CT検査診療情報提供書兼予約票

聖授会OCATクリニック 担当医 殿

ご依頼年月日：令和 年 月 日

フリガナ		保険者番号							
受診者氏名	様	記号・番号							
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 男・女	有効期限	令和	年	月	日			
受診者様連絡先 (携帯等)	() - () 在宅・入院中 DPC対象(病棟名:)	被保険者氏名							
ご依頼機関名		資格取得日	令和	年	月	日			
診療科・担当医名	科・医師								
検査予定日	年 月 日 (午前・午後)		時	分					

*上記は受付時間です。10分前にお越し下さい。

PET-CT検査部位 通常範囲(眼窩～鼠径部) ご指定範囲()

ご依頼目的、病名・病歴、既往歴・家族歴、治療経過をご記入ください。

悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 病名() 診断・手術・治療 月 日

 病期診断 再発・転移診断 結果は所見とCDのみ(film不要)既におこなった検査 X-P CT MRI RI angio 内視鏡 生検 その他()

確認事項

*必ずご記入下さい。

歩行：自立・要介助・全介助(立位保持可・否)

否の場合、最近測定された身長・体重をご記入下さい。身長()cm 体重()kg

移動方法：杖・車椅子・ストレッチャー

人工肛門：有・無

排泄：自立・要介助・全介助(おむつ着用・バルーン留置)

ウロストミー：有・無

点滴：有・無(末梢へパロック・末梢持続点滴・IVH) その他()

酸素：有・無(酸素量 0・酸素濃度 %)

感染症：HBV(+・-・未) HCV(+・-・未) その他()

ペースメーカー：有・無

合併症：糖尿病・高血圧・心疾患・人工透析

妊娠：有・無

OCATクリニック使用欄

 画像診断(持参有・無) 担当： 前日確認(済・不・未) 担当： P P/C 自

お電話にて予定日の決定後、必要事項をご記入の上この用紙をファックスしてください。

FAX 06 (6641) 3830

原本は患者様へお渡し下さい。