

アミロイドPET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

（紹介先医療機関名）

〒799-1592

今治市喜田村7-1-6

済生会今治病院 放射線科 行

TEL0898-47-2500

FAX0898-48-5096

（紹介元医療機関名）

所在地

名称

電話番号

FAX 番号

フリガナ 患者氏名	男 女	住 所		
生年月日	年 月 日 歳		電話番号	必ず連絡がつく番号をご記入ください。
臨床診断			身長・体重	cm kg
紹介目的	アミロイドPET-CT検査		付添い者氏名	
施設要件	初回導入施設・継続投与施設		電話番号	
経過 検査目的 (別紙でもか まいません)	(手術歴/治療歴に関して、特に最近のものは内容・月日を詳しくご記入下さい)			
正確な診断のために必要となります。貴院で施行したMRI・CT等のデータも持参して下さい。				
保険適用 について	☐ 適用あり ☐ 適用なし (全額自費です)		アミロイドPET-CT検査確認書の保険適用を確認してください。保険適用の可否を判断の上、患者様に十分な説明を行ってください。	
全額自己負担の場合は約 250,000 円かかります。				

保険証情報は保険証またはカルテのコピーでも結構です。

被保険者氏名		保険者番号							
記号・番号	.	事業所又は保険者名							
老人保険番号	.	割							
公費等記号番号	.								

この依頼書に記載されている個人情報は、検査目的のみに使用し、他の目的には利用いたしません。

総合医療支援室直通 FAX : 0898-47-2826