

P E T - C T 検査予約方法

紹介元医療機関

①電話にて検査依頼

患者氏名、生年月日、ご連絡先、
検査希望日、来院方法をお伺いします。

②予約日時の確定 (FAXにて返信)

③以下の書類をご記入の上、FAX 送信
PET-CT 検査依頼書 (診療情報提供書) : **書式1**
PET 検査保険適用確認書 : **書式2**

蒲生医療センター
放射線科

TEL:0748-55-1177
FAX:0748-55-8076

④患者さんへ以下の書類等をお渡しください。

PET-CT 検査依頼書 (診療情報提供書) : **書式1**

PET 検査保険適用確認書 : **書式2**

検査データ (CD-R 等)

PET-CT 検査予約票 (FAX させていただいた用紙)

PET-CT 検査説明書及び同意書 : **書式3**

PET-CT 検査の問診票 : **書式4-1、4-2**

PET-CT 検査のながれ : **書式5**

患者さんにご記入を
ご案内ください。

※各書式は当院 HP からダウンロードしていただけます。

患者さん

当院までの交通手段がない患者様には送迎のサービスもございます。

患者さんが送迎をご希望の場合は、当院より患者さんに直接連絡し、待ち合わせの時間や場所について打ち合わせをさせていただきますので連絡のつきやすい電話番号 (携帯電話が望ましい) をお知らせください。

ご不明な点がございましたら電話にてお問い合わせください。

東近江市蒲生医療センター