

✓ 当院紹介状となりますので患者様へお渡しください *来院時、慶應義塾大学病院提出用

検査予約日：		時間：		：	
ふりがな		性別	身長・体重	生年月日	
患者様氏名		男	cm	明 大 昭 平 (西暦でも可)	
		女	kg	年 (歳)	
ご住所・連絡先					
〒					
TEL：		携帯：		*日中、繋がる連絡先をお願いします	
撮像希望範囲	頭頂部～大腿基部	上肢・下肢を含む全身	その他 (追加)		
臨床所見・診断名 【疾患名記入】	(早期胃がんを除く)	検査目的	病期診断	再発診断	
			転移検索	良悪鑑別	
			その他 ()		
臨床経過 (治療経過等 詳細に記載 お願いします)	別添あり				
治療歴	別添あり ・手術 (術式：) ・化学療法 ・放射線療法				
提供診療情報	CT MRI 超音波 RI □その他 () *画像および読影レポートのご提供をお願いいたします 病理検査： *施行病理検査および結果の詳細をお願いします 腫瘍マーカー値等：				
現在状況	外来 入院 (DPC 対象病院に入院中の場合、保険適用となりませんのでご注意ください) *生活保護を受けている方は事前に福祉事務所への連絡が必要となります				
糖尿病	無 有 (空腹時血糖： mg/dL) *糖尿病薬の服用は案内文書を参照してください				
移動形態	単独歩行 ・ 歩行 (介助要) ・ 車椅子				
病名告知	無 有		閉所恐怖症	無 有	
感染症	無 有 ()		妊娠	無 有 (有：検査不可)	
中～長時間の静止	可 否 (程度)		理解力	良 不良	
紹介医療機関名			依頼医師名		
所在地	〒		診療区分	保険診療 自由診療	
連絡先	TEL: FAX:				

↓ ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください

慶應義塾大学病院 PET 検査受付 〒160 - 8582 東京都新宿区信濃町 35

予約・お問合せ：TEL 03 - 5843 - 6165 (直通) FAX 03 - 5843 - 6205

お問合せ：8:30 ~ 17:00 (第一・三土曜日・日曜・祝日・年末年始 12/30~1/4・慶應特定 1/10 を除く)

- ✓ 紹介患者様の依頼内容を記載の上、当院 PET 検査受付へ FAX 送信 (郵送) をお願いします
- ✓ 送信完了後、紹介医療機関様控えとなりますので貴院での保管をお願いします

検査予約日：

時間：：

ふりがな		性別	身長・体重	生年月日
患者様氏名		男 女	cm kg	明 大 昭 平 (西暦でも可) 年 (歳)
ご住所・連絡先				
〒				
TEL：	携帯：	*日中、繋がる連絡先をお願いします		
撮像希望範囲	頭頂部～大腿基部	上肢・下肢を含む全身	その他 (追加)	
臨床所見・診断名 【疾患名記入】	(早期胃がんを除く)	検査目的	病期診断 転移検索 その他 ()	再発診断 良悪鑑別
臨床経過 (治療経過等 詳細に記載 お願いします)	別添あり			
治療歴	別添あり ・手術 (術式：)	・化学療法 ・放射線療法		
提供診療情報	CT MRI 超音波 RI □その他 ()	*画像および読影レポートのご提供をお願いいたします		
	病理検査： *施行病理検査および結果の詳細をお願いします			
	腫瘍マーカー値等：			
現在状況	外来 入院 (DPC 対象病院に入院中の場合、保険適用となりませんのでご注意ください) *生活保護を受けている方は事前に福祉事務所への連絡が必要となります			
糖尿病	無 有 (空腹時血糖： mg/dL) *糖尿病薬の服用は案内文書を参照してください			
移動形態	単独歩行 ・ 歩行 (介助要) ・ 車椅子			
病名告知	無 有	閉所恐怖症	無 有	
感染症	無 有 ()	妊娠	無 有 (有：検査不可)	
中～長時間の静止	可 否 (程度)	理解力	良 不良	
紹介医療機関名		依頼医師名		
所在地	〒	診療区分	保険診療	自由診療
連絡先	TEL: FAX:			

↓記載後、当院へ FAX 送信をお願いします。ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。
(郵送の場合、下記、住所にて承ります。なお本状のコピーを必ずお取りください)

慶應義塾大学病院 PET 検査受付 〒160 - 8582 東京都新宿区信濃町 35
予約・お問合せ：TEL 03 - 5843 - 6165 (直通) FAX 03 - 5843 - 6205

お問合せ：8:30 ~ 17:00 (第一・三土曜日・日曜・祝日・年末年始 12/30~1/4・慶應特定 1/10 を除く)

✓ 当院での検査予約を下記の日時で確定いたしました

検査予約日：		時間：		
ふりがな		性別	身長・体重	生年月日
患者様氏名		男 女	cm kg	明 大 昭 平 (西暦でも可) 年 (歳)
ご住所・連絡先				
〒				
TEL：		携帯：	*日中、繋がる連絡先をお願いします	
撮像希望範囲	頭頂部～大腿基部	上肢・下肢を含む全身	その他 (追加)	

検査までの流れ

① 検査予約後：ご住所に当院より必要な書類を郵送いたします

※予約日から検査日までのお日にちが近い場合は郵送が間に合わない為、
紹介医療機関様からお渡し頂いております。

② 検査前日：検査日時・注意事項等の確認のご連絡をいたします

③ 検査当日：予約時間の 30 分前までに

「慶應義塾大学病院 3 号館南棟 2F PET 検査受付」

へお越しください

✓ キャンセル・変更について

*検査で使うお薬は高価かつ検査当日のみでしか使えないものです。

当日のキャンセルは原則できませんので、あらかじめご了承ください。

キャンセル・変更の場合は、前日 (休診日の場合、前診療日) までに下記にご連絡をお願いします