**核医学検査予約票（院外依頼）**

静岡県立総合病院　核医学受付

電話　０５４－２４７－６１１１（内線）３９３０

FAX　０５４－２４７－６１４２

　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名称

電 話 番 号

医 師 氏 名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性別 | 男　・　女 |
| 患者氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　（　　　　）歳 | | | | |
| 患者住所 |  | | | 電話番号 |  |
| 当院受診歴 | 有　・　無 | 当院ID |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査月日 | 月　　　　　日　　　　　曜日　　　　時　　　　　分 |
| 検査名 |  |

**医療機関様へ**

1. 核医学受付に電話連絡し、患者様の氏名、検査名をお知らせください。（受付時間：平日 9：00～17：00）
2. 電話で検査日時が決まりましたら、この予約票を核医学受付にFAXのうえ、患者様にお渡しください。

（病診連携室に外来受診申し込みの必要はありません）

**患者様へ**

1. 検査当日は、次の書類を持参し指定された時間までに正面玄関の紹介患者受付（２番窓口）にお越しください。受付終了後、PETセンター３階核医学受付にお越しください。  
   ※持参書類：紹介状・健康保険証・予約票・当院の診察券（お持ちの方）・核医学検査同意書
2. 来院日に来られないとき、または変更のときは、前日の午前中までにご連絡ください。
3. 検査時間は多少遅れることがありますので、ご了承ください。

食事制限　　なし　・　あり（　　　　　　）