

アミロイド脳PET-CT検査申込書/診療情報提供書

紹介先医療機関

FAX送信先

〒943-0192 新潟県上越市新南町205番地

新潟県立中央病院 患者サポートセンター 宛

新潟県立中央病院 放射線科担当医

TEL:025-522-7711 FAX:025-524-3232(直通)

下記の患者さんを紹介いたします。

令和 年 月 日

※下記項目のチェック及び記入漏れのないよう、必ずご確認をお願いいたします。

■依頼元医療機関

所在地		名 称	
	TEL: FAX:	医師名	印

■患者情報

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日	M・T 年 月 日 S・H
患者住所	〒	電話番号	自宅:
			職場:
			携帯:
		※検査前日(前診療日)、10時30分頃または12時頃に確認の電話を入れます。 この時間帯に必ず電話に出るようご説明いただき、連絡がつく番号に○をつけてください。	
画像検査	☐ MRI ※検査当日ご本人に画像の持参をお願いします。		

新潟県立中央病院 放射線科