**ＰＥＴがんドック紹介状**

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

愛媛県立中央病院

ＰＥＴセンター（地域医療連携室経由）　御中

**ＰＥＴがんドック（保険適用外）の受診者を下記のとおり紹介します。**

名　称

住　所

電話番号（　　　　　　）　　　　　　－

ＦＡＸ　（　　　　　　）　　　　　　－

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| ふ り が な  受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　様　　　　 性別　　　男　 ・　 女  生 年 月 日　　　大・昭・平・令　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　 　　歳） | | | | |
| 住所 |  | | TEL |  |
| 紹介目的  **ＰＥＴがんドック（保険適用外）の受診** | | | | |
| 確認事項等  **○血糖値について**  □糖尿病ではない。　　　　　　　　□糖尿病である。  　　　糖尿病の場合　※内服・ｲﾝｽﾘﾝともに、投与がいつか、朝昼夜に○をつけてください。  　　　　□内服薬（朝・昼・夜）　□ｲﾝｽﾘﾝ（朝・昼・夜）　□食事療法　　□治療はしていない  　　　　★上記の治療法によっては、別途お願いする場合がございます。  　　　　（例：夕食を早めに摂って下さい・朝食と朝の糖尿の薬は抜きです・・・etc）  **○身体状況について**  □介助不要　　　　　　　　　　　□要介護  日常の生活動作に不便のない方でしょうか。（歩行・トイレ等）  介助が必要な方は、ご家族等どなたかに付き添いいただき、検査実施にご協力をお願いします。  この際、介助者にも若干の被爆が伴うことをご承知ください。 | | | | |

◎　ＦＡＸは、平日（午前８時３０分～午後５時まで）に送信してください。

　　【ＦＡＸ番号　０８９－９８７－６２７１】（地域医療連携室）

◎　ＰＥＴがんドックについてのお問い合わせは、次の電話番号へお願いします。

　　【電話番号　　０８９－９４７－１１１１（代）】（ＰＥＴがんドック受付）