

## PET-CT検査依頼書（兼診療情報提供書）

平成 年 月 日

患者氏名（フリガナ）	生年月日 □M □T □S □H 年 月 日（ 歳）	性別 □男 □女	連絡先（自宅・携帯等） ( ) - *予約日前日に当院より確認のご連絡をいたします。
検査予約日 年 月 日 ( ) :	移動方法 □ 独歩 □ 車椅子 □ ストレッチャー	現在 □ 外来 □ 入院 中です。	

### ご来院いただく患者さまへ

当日は、検査開始予定（予約時刻）の**30分前**にご来院の上、**1F総合受付**までお越し下さい。受付に、**保険証と、紹介状（検査依頼書）**をお渡し下さい。検査には**3時間程度**かかります。

### ご 注 意



予約時間の**5時間前**から**絶食**してください。水やお茶などの**糖分を含まない飲料水**は飲んでいただいてもかまいません。



検査に使用する薬剤は、使用期間が非常に短くなっています。薬剤注文上、**検査前日及び当日のキャンセル・変更はできません。**



検査終了後当日は、**乳幼児や妊婦の方**との接触をできるだけお控え下さい。

※患者さま一人で、覆台への昇降が困難な場合や、視力・聴力に障害をお持ちの場合には、ご家族の同伴をお願いする場合があります。

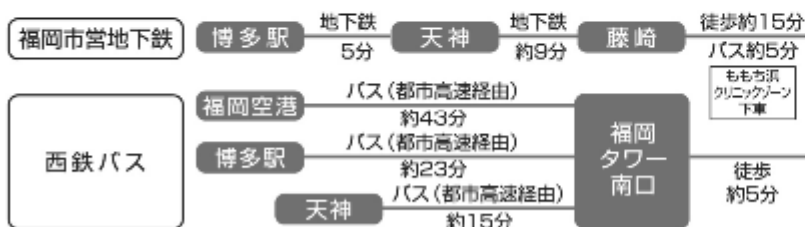
※ご不明な点等ございましたら、当院までお問い合わせください。（地域医療連携室 092-832-1107）

### 交通アクセス



#### 西鉄バス

バス停	行き先番号	運賃
博多駅前A	302 305 藤崎直行	220円
博多交通センター1F (6番のりば)	312 306 藤崎直行	220円
天神バスセンター (1A)	302 305 200 藤崎直行	220円
西新パレス	25 15 10 94	180円
藤崎	305 306 40 200 1 1-5 2	160円



ももち浜  
**福岡山王病院**  
FUKUOKA SANJO HOSPITAL

地域医療連携室  
TEL 092-832-1107(直)  
FAX 092-832-1206(直)  
〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号