

国立がん研究センター中央病院

# プルヴィクト適応判定の<sup>68</sup>Ga-PSMA PET/CT検査申込書 (プルヴィクトが実施できる医療機関のみのご依頼を承ります)

## 核医学（放射線診断科）初診 FAX予約申込書

必ず医療機関から診療情報提供書と共に FAX して下さい。

予約センターFAX 番号 0120-489-512 (24 時間受信可)

●平日 17 時以降・土日祝日に送信いただいた分は、翌営業日に受付を行います。。

受診者情報			
フリガナ 患者氏名		年齢	歳
		生年月日	西暦 年 月 日
居住地	都道府県 区市郡		
電話番号	①	②	③
当センター 受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診察歴あり (診察券番号： ) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンあり (診療科： 担当医： 年 月頃)		
事前確認 <small>☑があることでお断りするものではございません。予約の際に予約日など考慮いたします。</small>	<input type="checkbox"/> 5日間以内に新型コロナウイルス感染症の患者（確定例）、またはその疑い患者との接触がない <input type="checkbox"/> 過去5日以内に発熱（37.5℃以上）、のどの痛み、咳、鼻汁、呼吸苦等の症状がない <input type="checkbox"/> 20日以内に新型コロナウイルス感染症を発症していない（発症日： 月 日）		
<sup>68</sup> Ga-PSMA PET検査予約希望日情報			
<sup>68</sup> Ga-PSMA PET 検査希望日	第5希望まで検査希望日（平日のみ）を記載してください。 最短の検査日を希望する方は、「一番早い検査予約日希望」に○を付けてください。		
	第1希望	月 日	または 一番早い検査予約日希望
	第2希望	月 日	
	第3希望	月 日	
	第4希望	月 日	
	第5希望	月 日	
※院内の都合により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。			
紹介元情報・予約日時の連絡方法			
(送信元) 医療機関名			
医療連携 ご担当者様			
直通TEL (医療連携室等)			
回答先FAX (必ず記載ください)			
ご担当医	(医師名・診療科)		
貴院への連絡方法	FAX到着後、3営業日以内に予約票を送付致します		

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

予約センター医療機関専用 TEL：03-3547-5209（9時～16時 土日祝日、年末年始を除く）