

全民健康保險(資源共享)正子檢查複製片及報告申請書

保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日
	身分證字號/居留證字號	聯絡電話	聯絡地址
	住家： 公：		
申請特殊造影檢查名稱	正子造影檢查 日期：		
原檢查醫院名稱及代號		原檢查醫院病歷號碼	
第二次處方醫院(無論是否由醫院申請本欄均需填寫)	診治醫師姓名：	醫院名稱：高雄榮民總醫院 醫院代號：0602030026	
	戳章：	戳章：	
病人或親友簽名	申請人姓名	身分證字號/ 居留證字號	
	與申請人關係	<input type="checkbox"/> 病人本人： <input type="checkbox"/> 申請人姓名： 簽章	

此位個案於本院申請 PET 資源共享，惠請貴院提供下列影像格式，感謝貴院協助。
正子電腦斷層攝影掃描(PET/CT scan)

■ PET Axial view(Attenuation Correction)

■ CT Axial view

■ 其他，Screen Capture 或 Save Screen

※ PET 與 CT Axial view 張數需相同或是範圍相同。

※ 資料郵寄:813 高雄市左營區大中一路 386 號(高雄榮民總醫院)

正子造影中心 07-3468307