

臺北榮民總醫院核醫部暨正子中心
正子斷層掃描研究申請書

年 月 日

受試者基本資料						
姓名		性別	男	女	出生	
身分證號		病歷號			年齡	
住址					電話	
					電話	
申請醫師		部科			電話	
檢查目的	研究 <input type="checkbox"/> 病例討論 <input type="checkbox"/>	計劃編號	人體試驗 送審 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 專案報核	
檢查藥物			預計時間:			
服務項目 (可複選)	腦部 <input type="checkbox"/>	心肌 <input type="checkbox"/>	局部 <input type="checkbox"/>	全身 <input type="checkbox"/>		
	特定項目:					
收費方式	轉成本中心(02710) , 請二個月內繳清。					
臨 床 資 料						
臨床診斷						
病史摘要						
治療手術						
檢查結果	身高	體重		過敏史		
受 理 記 錄						
造影組	放化組		製藥品管組		單位主管	

1. 填寫後請繳回正子中心造影組。
2. 洽詢電話: (02) 2875-7301 轉 85634 (正子中心)