

共同利用 核医学(RI/シンチ)検査 申込書 兼 紹介状

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくださいますようお願いいたします。

患者さんへのご注意事項(下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いいたします)

- 予約日時の15分前に当申込書をご持参のうえ、1階「RI検査・放射線治療センター(15)」受付にお越しください。
- 心筋シンチの方は、当日のカフェイン類の飲食はお控えください。
- 予約のキャンセル・変更が無いよう確実にお願いいたします。
 - ※検査に使用する薬剤は当日のみ使用できる薬剤です。ご理解ご協力をお願いいたします。

予約日時 月 日 :

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	電話番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(該当項目をチェック☑して下さい)

検査項目

- 骨 (骨転移の検索に使用します)
 - 心筋血流Tc-TF運動—安静
 - ガリウム (炎症性疾患の検索に使用します)
 - 心筋血流Tc-TF薬剤—安静
 - 脳血流ECD (認知症等の診断に使用します)
 - 心筋交感神経 (PD等の診断に使用します)
 - 脳血流IMP-GP (認知症等の診断に使用します)
 - 線状体 (DATスキャン: PD、DLB等の診断に使用します)
 - 脳血流IMP (脳血管障害等の診断に使用します)
 - その他 _____
- ※上記以外の検査も行いますのでご相談ください。

患者さんの状況を教えてください

身長	cm	体重	Kg
注意すべき合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	() 週	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	()	
造影剤に対する過敏症の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	()	

現病歴 (経過)

疑い病名: ()
