

R I 検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	性別	男・女	紹介元医療機関名 住所
生年月日	年	月	日 歳
住所 〒	—		
TEL			—
TEL			—
ご担当医		⑩	
TEL		—	
FAX		—	
病名	既往歴		
経過等			

検査希望日

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()
-------------------------------	--------------	--------------

検査結果報告

検査結果は、CD-R（またはDVD）を後日郵送いたします。

検査部位・指示等

検査部位	
脳血流	<input type="checkbox"/> 認知症診断 ▶ <input type="checkbox"/> 血流分布 <input type="checkbox"/> DAT <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> 血流状態（負荷試験なし）
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 副腎髓質シンチ
<input type="checkbox"/> レノグラム	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 ()

<input type="checkbox"/> 心筋シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ (MIBG)
心筋シンチ時確認項目（必須）*心筋シンチMIBGの場合は不要です	
・ トレッドミル負荷試験	▶ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可
・ 糖尿病	▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・ 使用薬剤	▶ <input type="checkbox"/> テクネシウム <input type="checkbox"/> タリウム ※基本的にはテクネシウムになります。
・ 結果説明について	▶ <input type="checkbox"/> 当院にて説明 <input type="checkbox"/> 紹介元にて説明