

# 核医学検査(RI)伝票紹介依頼書(兼診療情報提供書)

枠の中をご記入下さい。RI検査申し込みにつきましては、予約日より3日前までお願いいたします。ただし、緊急の場合はお申し出下さい。

依頼患者				
フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男 女	M・T・S・H・R 年 月 日 才	
住所	〒 _____ 電話( ) - _____			
紹介元住所	医療保険	保険者番号 記号番号	本人・家族 被保険者名	
医療機関名	公費保険	公費番号 受給者番号		
診療科	老人医療	老人番号 受給者番号	割負担	
医師名 先生	TEL FAX			
患者情報	検査前チェック項目 薬物アレルギー(無・有) 喘息(無・有) 腎障害(無・有(Cre )) 感染症(無・有・不明) 妊娠(無・有) 身長 Cm {HBs・HCV・MRSA・ワ氏・その他 } 体重 Kg	心筋負荷検査詳細(運動負荷・薬物負荷) ※運動負荷時は負荷容量の記入願います。 (Protocol: 時間: )		
臨床診断	検査依頼目的			
現病歴および関連検査結果、現在の処方等				
検査部位	<input type="checkbox"/> 脳血流(Tc-ECD/I-IMP)	※負荷検査および定量検査を希望される場合は当院放射線部までご連絡下さい	画像コピー <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 不要	
	<input type="checkbox"/> Dat-Scan(トールミン受容体)※パーキンソン症候群、レビー小体型認知症		<input type="checkbox"/> 骨	
	<input type="checkbox"/> 脳槽		<input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症(Gaシンチ)	
	<input type="checkbox"/> 肺血流	※同日、同時評価も可能です	<input type="checkbox"/> 心筋血流(Tc/Tl)	※負荷検査を希望される場合は上記欄に記入下さい
	<input type="checkbox"/> 肺換気		<input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝(BMIPP)	※血流同時評価も可能です
	<input type="checkbox"/> 肝(肝)アジアロ		<input type="checkbox"/> 心筋交感神経機能(MIBG)	
	<input type="checkbox"/> 腎(レノグラム/GFR)		※心臓RI検査に関しては、D-Spect装置(半導体RI装置)にて撮影させていただきます。	
	<input type="checkbox"/> 消化管出血		<input type="checkbox"/> RI-両下肢 Venography	
	<input type="checkbox"/> メッケル憩室			
	<input type="checkbox"/> その他			