

RI検査依頼書

患者	(フリガナ) 氏名	誕生日	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先 (いずれかに○を) () - () - ()	

検査および前処置の前日(検査日が土日、祝日明けの場合は土日、祝日の前日)の8時30分～9時30分ごろに、当院の受付から連絡先へ受診確認のお電話をさせていただきます。

【 前回検査 】	なし ・ あり
【 患者移動方法 】	独歩 ・ 車椅子 ・ ^{ベッド} (ストレッチャー)
【 感染症の有無 】	なし ・ あり ・ 未 『あり』の場合は具体的にご記入下さい ()
【 閉所恐怖症 】	なし ・ あり
【 妊娠 】(女性のみ)	なし ・ あり ・ 疑いあり
【 授乳中の有無 】(女性のみ)	なし ・ あり

妊娠および授乳中の有無で『あり』の場合は、原則として検査ができません。

依頼検査項目(以下の中で、該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)して下さい)	
<input type="checkbox"/>	骨シンチ
<input type="checkbox"/>	ガリウムシンチ (<input type="checkbox"/> 腫瘍 , <input type="checkbox"/> 炎症 <いずれもプロトコールは同じ>)
<input type="checkbox"/>	脳血流【 ¹²³ I-IMP】(定量なし、 <u>負荷なし</u>) <3D-SSP解析で処理> ↑ 認知症等の変性疾患はこの欄にチェックして下さい
<input type="checkbox"/>	脳血流【 ¹²³ I-IMP】(定量あり、 <u>負荷なし</u>) ARG法 <動脈採血あり> <注> <u>原則、アセタゾラミド(Diamox)負荷はできません。必要な場合は、当院の脳神経外科を受診していただく必要があります。</u>
<input type="checkbox"/>	心筋交感神経(MIBG)シンチ (パーキンソン症候群・レビー小体型認知症の検査目的)
<input type="checkbox"/>	ドパミントランスポーター(DaT)シンチ (パーキンソン症候群・レビー小体型認知症の検査目的)
検査目的や詳細事項(現病歴、臨床症状等)により、検査内容を確認するため、依頼される先生にお電話させていただくことがあります。ご了承下さい。	
特記事項	

検査目的や詳細事項(現病歴、臨床症状等)は診療情報提供書(紹介状)に記載して下さい