〔紹介患者検査予約用〕

核医学（RI）検査　依頼書

①患者情報

患者名		生年月日	西暦　　年　　月　　日
連絡先 電話番号を記載ください。	□自宅　□携帯　□勤務先　【　　－　　－　　】		

＊検査及び前処置の前日（検査が土日・祝日の翌日では土日・祝日の前日となります）に8時30分～9時30分ごろに当院受付より来院確認の電話をさせていただきます。

②検査依頼に必要な情報

検査名および検査部位	□　骨シンチ □　ガリウムシンチ　［□　腫瘍　□　炎症］ □　脳血流　定量なし、負荷なし □　脳血流　定量あり、負荷なし（ARG法、動脈採血有り） □　心筋交感神経シンチ □　ドパミントランスポーター（DaT）シンチ
検査目的の詳細事項（現病歴・臨床症状など）は診療情報提供書（紹介状）に記載ください。	
特記事項	

③核医学検査に必要な情報

前回検査	□　無　□　有
移動方法	□　独歩　□　車いす　□ ストレッチャー
閉所恐怖症	□　無　□　有
妊娠・授乳の有 無	□　無　□　妊娠中　□　授乳中
感染症の有無	□　無　□ 有　（感染症名　　）

2023.12　改訂