

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。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 【 】		

*検査及び前処置の2営業日前（土日・祝日を除く。）の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	<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]
	<input type="checkbox"/> 脳血流 定量なし、負荷なし
	<input type="checkbox"/> 脳血流 定量あり、負荷なし (ARG法、動脈採血有り)
	<input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
妊娠・授乳の 有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 授乳中
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(感染症名)