

核医学(RI)検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 地域医療連携室(FAX 045-853-8356)

紹介医療機関の名称

住所 〒(-)

電話番号

FAX 番号

紹介医師名

横浜医療センターの受診歴 ある ない

※ありましたら診察券の番号をご記入ください。(-)

| ふりがな | 性別 | 生 年 月 日 |
|------|-----|-------------------------------|
| 氏名 | 男・女 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 |

〒(-)

住所 電話番号 (- -)

依頼検査 (シンチグラム及び機能検査)

- 骨 Ga 甲状腺(摂取率を含む) 甲状腺(TI) 肝・胆道 肺血流
心機能 血流動態(部位:) 腎機能

(SPECT検査)

- 心筋(血流) 心筋(脂肪酸) 心筋(交感神経) 脳(血流)
(但し、負荷心筋は不可)

医療情報 身長 cm 体重 kg

(傷病名または主訴)

(紹介目的)

(異常の見られる臨床所見、感染症の有無)

※ 妊娠初期放射線被爆防止のため妊娠可能な方の生理開始予定日を記入してください。
検査は生理開始日より10日以内が安全です。

生理開始予定日 年 月 日