

核医学(RI)検査予約申込書(FAX用)

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 地域医療連携室宛 (FAX 045-853-8356)

紹介医療機関の名称

予約希望	至急・普通
予約にあたり患者様の都合の悪い日	

住所 〒(-)

電話番号(- -)

FAX番号(- -)

紹介医師名

独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センターの受診暦 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

保険情報	主 保 険								本人・家族の別
	保険者番号								本人・A
	記号・番号								家族・B
	併 用 保 険								種 別
	保険者番号								老人・()
	受給者番号								()

※同時に紹介状に記入がありFAXする場合は、この欄への記載は必要ありません。

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(交換神経) 脳(血流)

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)

※ 妊娠初期放射線被曝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 毎