

年 月 日

竹田綜合病院放射線科 御中
紹介元

医師名 _____

住 所

TEL

RI 検査・診断依頼書 (診療情報提供書)

| | | | |
|-------|------------|-------|-------|
| フリガナ | 生年月日 | 年 月 日 | 才 |
| 氏 名 | M・F | 身長 cm | 体重 kg |
| 住 所 | 連絡先: () - | | |
| 臨床診断名 | | | |

| 検 査 項 目 | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 骨 (HMDP・MDP) | <input type="checkbox"/> レノグラム (DTPA 負荷なし) |
| <input type="checkbox"/> 脳血流 (IMP [定性] 安静時のみ) | <input type="checkbox"/> レノグラム (MAG3 負荷なし) |
| <input type="checkbox"/> 脳疾患 (DaT) | <input type="checkbox"/> 腎 (DMSA) |
| <input type="checkbox"/> 交換神経機能 (MIBG) | <input type="checkbox"/> 副腎 (¹²³ I-MIBG [髄質]) |
| <input type="checkbox"/> 肺血流 (MAA) | <input type="checkbox"/> 副腎 (¹³¹ I-Adosterol [皮質]) |
| <input type="checkbox"/> 心筋 (Tc 安静時のみ) | <input type="checkbox"/> 甲状腺 (¹²³ I 甲状腺摂取率検査) |
| <input type="checkbox"/> 心筋 (T1 薬物負荷+安静) * | <input type="checkbox"/> 甲状腺癌トレーサー (¹³¹ I) |
| <input type="checkbox"/> 心筋 (T1 運動負荷+安静) * | <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 (Ga) |
| <input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝 (BMIPP) | <input type="checkbox"/> その他 () |

* 負荷心筋シンチは、事前に当院循環器科の承諾が必要になります。また、負荷方法は状態により変更する場合がございます。

注射予約日 : 月 日 AM・PM 時 分

検査予約日 : 月 日 AM・PM 時 分

検査目的

.....

.....

.....

.....

| |
|--|
| <p>検査結果の報告方法 (診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア)</p> <p><input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> メディア不要</p> <p><input type="checkbox"/> 結果の配送希望 (結果が出来次第、地域医療連携課より発送になります)</p> <p><input type="checkbox"/> 結果の受け取り希望 (検査翌週以降に救急室に取りにおいで下さい)</p> |
|--|

Dr. sign _____

| |
|--|
| <p>* 現在入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院</p> <p><input type="checkbox"/> 一般病棟</p> <p><input type="checkbox"/> 療養型病棟</p> |
|--|