

竹田総合病院放射線科 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 (T1 安静時のみ)	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌トレーサー (¹³¹ I カプセル)
<input type="checkbox"/> 心筋 (BMIPP)	
<input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 (Ga)	<input type="checkbox"/> その他 ()

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>
--