診療情報提供書（核医学検査申込書）

作成日：　　年　　月　　日

埼玉石心会病院　核医学検査室 行

FAX：04-2003-7115

受付時間：平日（月～金）9：00～17：00

【紹介元】

医療機関名：

住所：

TEL：

FAX：

医師名：

フリガナ		生年月日	年　月　日 （　　歳）
氏名	様　男・女	受診歴	あり(ID：　　)・なし
住所	〒		
電話番号	①　　②		

予約日時	年　月　日(　　)　時　分（ご予約時間の20分前のご来院をお願いしております）

傷病名	
紹介目的	核医学検査施行（検査項目は下記よりお選びください） ☐ 安静脳血流(^{123}I-IMP)　☐ 安静脳血流(^{99m}Tc-ECD) ☐ ドパミントランスポーター(ダットスキャン)　☐ 安静心筋血流(^{201}Tl) ☐ 心筋脂肪酸代謝(^{123}I-BMIPP)　☐ 心筋2核種同時収集(^{201}Tl+^{123}I-BMIPP) ☐ 心筋交感神経機能(^{123}I-MIBG)　☐ 骨(^{99m}Tc-MDP) ☐ その他(　　) ※負荷検査は行っておりません。その他負荷の必要のない検査についてはお問い合わせください。 ※ヨードブロックは行っておりません。
診療情報	
確認事項	妊娠：　☐ あり　☐ なし 授乳：　☐ あり　☐ なし

お電話にて予約確定後、本書のFAX送信をお願いします。確認次第、検査説明書を返信いたします。

患者さんへは申込書（原本）、検査説明書、保険証を当日持参いただくようお伝え下さい。

検査の中止・変更に関しては予約日時の3日前までにご連絡下さい。