

高度医療機器利用申込書兼診療情報提供書

(アイソトープ検査)

令和 年 月 日

依頼元病院・診療所名

依頼元医師氏名

連絡先 FAX — — TEL — —

●患者情報

フリガナ		男 その 女他	大正・昭和・平成・令和		
患者氏名			年	月	日生
住 所		身長	cm	体重	kg
患者電話番号		緊急連絡先・氏名			
検査希望日時					
病名または疑診名 日本語でお願いします					

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

該当する検査の種類・部位を○で囲んでください。

予約可能な検査の種類・部位	予約可能な検査の種類・部位
骨シンチ	安静時脳血流シンチ(ECD ・ IMP)
ガリウムシンチ	DATスキャン
甲状腺腫瘍シンチ	(過去にアルコールへの強い反応 有 ・ 無)
副甲状腺MIBIシンチ	安静時心筋血流シンチ
レノグラム	心筋交感神経シンチ

- お申し込み受付後、地域医療連携室より「検査予約票」を返送いたします。 到着後、お手数ですがそちらを患者さんへお渡しください。
- 本申込書により撮影した情報は、当院保有の個人情報となるため、法的提供、カルテ開示等に利用されますのでご注意ください。

注意: 心筋血流シンチの目的が手術・狭心症(負荷あり)の場合は、循環器科外来診察予約が必要となりますので、病診連携予約申込書(診療科患者紹介)にてお申込みください。

DATスキャン検査を依頼される場合は、過去に少量の飲酒によりアルコールに対しての強い反応(意識障害、呼吸困難など)の有無を、患者さんにご確認ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり ・ 新規	—	—
注射	月 日 ()	時	分～
検査	月 日 ()	時	分～
月 日 受付			