

核医学（R I）検査依頼書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

(記載されている個人情報は核医学検査以外に利用いたしません)

恵佑会放射線画像センター
札幌市白石区本通 14 丁目北 1-1
恵佑会札幌病院内
電話：(011)866-2040(直通)
Fax：(011)866-2041

紹介元医療機関
住所 _____
電話番号 _____ Fax 番号 _____
医師名 _____

ふりがな	性別	男・女	体重	kg	身長	cm
患者様氏名	生年月日	M/T/S/H	年	月	日	
住所						
連絡方法	電話：	Fax:	携帯：			
恵佑会札幌病院受診履歴： なし あり (医科 ・ 歯科)						

【予約内容】

検査日	年	月	日	午前・午後	時	分	注射・撮影	※お電話にて決定された日時を記入願います
				午前・午後	時	分	注射・撮影	
検査項目 (希望検査にチェックを付けてください)				<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 心筋血流 <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 残肝機能 (G S A) <input type="checkbox"/> 胆管、胆嚢 (胆汁排泄) <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> M e c k e l <input type="checkbox"/> 腎形態 (D M S A) <input type="checkbox"/> 腎動態 (D T P A) <input type="checkbox"/> 腎動態 (M A G 3) <input type="checkbox"/> 利尿レノグラム <input type="checkbox"/> G a (腫瘍) <input type="checkbox"/> G a (炎症) <input type="checkbox"/> 甲状腺 (T c) <input type="checkbox"/> 甲状腺 (T c + T 1) <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 副腎髄質 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 (T c + T 1) 希望 () その他 ()				
傷病名、臨床経過、検査目的、診断時の留意点など								

【画像出力】

選択	フィルム	CD-R	NET配信
----	------	------	-------

- ※ NET配信は恵佑会と提携している必要があります。詳しくはホームページ、電話にてお問い合わせください。
- ※ NET配信では当日。他の出力は翌日の郵送となります。
- ※ NET配信、CD-RはD I C O Mビューワー付です。計測、拡大等が可能です。

恵佑会放射線画像センターからのご連絡

(点線以下の部分を切り離し患者さんにお渡ししてください)

様	生年月日	M/T/S/H	年	月	日
下記の日時に RI 検査のご予約を承りました。検査前日までに確認の連絡をさせていただく場合があります。 検査当日この用紙を受付にご提示ください。 検査当日は予約時間 30 分前には受付を済ませようをお願い致します。					
検査予約： 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 注射・撮影 午前・午後 時 分 注射・撮影					