

核医学（R I）検査依頼書 兼 診療情報提供書

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 患者様氏名	性 別	男・女	体重	kg	身長	cm
様	生年月日	T/S/H/R	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)				☐ 骨 ☐ 心筋血流 ☐ 肺血流				
☐ 残肝機能 (G S A) ☐ 胆管、胆嚢 (胆汁排泄) ☐ 消化管出血 ☐ M e c k e l								
☐ 腎形態 (D M S A) ☐ 腎動態 (D T P A) ☐ 腎動態 (M A G 3) ☐ 利尿レノグラム								
☐ G a (腫瘍) ☐ G a (炎症) ☐ 甲状腺 (T c) ☐ 甲状腺 (T c + T l) ☐ 副腎皮質								
☐ 副腎髄質 ☐ 副甲状腺 (T c + T l) 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	T/S/H/R	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：		年	月	日	午前・午後	時 分 注射・撮影
					午前・午後	時 分 注射・撮影



放射線画像センター