

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 (Tc 安静時のみ)	<input type="checkbox"/> 甲状腺 (¹²³ I 甲状腺摂取率検査)
<input type="checkbox"/> 心筋 (T1 薬物負荷+安静) *	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌トレーサー (¹³¹ I)
<input type="checkbox"/> 心筋 (T1 運動負荷+安静) *	<input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 (Ga)
<input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝 (BMIPP)	<input type="checkbox"/> その他 ()

* 負荷心筋シンチは、事前に当院循環器科の承諾が必要になります。また、負荷方法は状態により変更する場合がございます。

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

.....

.....

.....

.....

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)	
<input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> メディア不要	
<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)	
<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)	

Dr. sign _____

※ 現在入院中	<input type="checkbox"/> 外来通院
<input type="checkbox"/> 一般病棟	<input type="checkbox"/> 療養型病棟