

(様式4)

RI 検査依頼申込書

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎ 0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎ 0120-018-299(直通)

紹介元医療施設名		依頼医師名 ()	
電話番号 () -		・FAX () -	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生(才 ヶ月)	性別 男・女
現住所			
電話番号 () -			
当院の受診歴 (有 ・ 無)			
検査項目 (希望する検査を○で囲って下さい。)			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> ダットスキャン	<input type="checkbox"/> 唾液腺シンチ	<input type="checkbox"/> 甲状腺摂取率 (Tc)
<input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ (MIBI)	<input type="checkbox"/> 肺血流シンチ (MAA)	<input type="checkbox"/> 肝GSAシンチ	<input type="checkbox"/> 腎動態シンチ (MAG3・DTPA)
<input type="checkbox"/> 副腎シンチ(皮質・髓質)	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> 骨髄シンチ (In-cl3)
		<input type="checkbox"/> 心筋安静シンチ (Tc、Tl、MIBG、BMIPP)	<input type="checkbox"/> その他のRI検査、特別指示等
		※心筋負荷検査は当院循環器内科外来への紹介が必要です。	
		[]	
診断名			
検査目的・希望事項・臨床経過			
体重 (kg)			
移動 (歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)			