様式 2

記載日

放射線検査予約申込書(診療情報提供書)

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

医事調整課
TEL:0791-58-1050(内線 183)
FAX:0791-58-1071

紹介機関名:
住所:〒 -

TEL/FAX:
診療科:
医師名:

患者	フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢	体重 Kg
	氏名					
	住所	〒 ー				
	TEL	自宅(携帯)				
		緊急時 氏名( ) 続柄( )				
検査希望日		第 1 希望 年 月 日		第 2 希望 年 月 日		
RI 検査		□脳血流 SPECT(IMP による定性) [水::終日] □心筋 MIBG SPECT [火:午前中] □DAT SCAN [金:午前中] (アルコール過敏症の方は禁止) ＊1 週間以内の RI 検査 □有(検査日時の調整が必要です) ＊ヨードに対して、過敏症の既往歴がある □ ＊精神状態 □安定 □不安定 (静止状態を維持できない場合は実施困難です) ＊心筋 MIBG、DATSCAN に関しては併用注意薬があります。				
診断名						

①主訴 ②既往歴及び家族歴 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他

患者に関する留意事項、薬物アレルギーなど:

妊娠(□無 □有)※いずれの検査も妊娠中、妊娠の可能性がある場合は、検査による危険性と有用性をご考慮下さい

※検査結果につきましては、検査から 2 週間程で診療情報提供書と画像データ(DVD)を郵送させていただきます。
ご紹介ありがとうございました。折り返し検査予約表・検査予約連絡票(紹介元医療機関用)を送付いたします。