

--

**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:〒
<b>TEL/FAX:</b>
診療科:
医師名:

患者	フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢	身長 cm	体重 Kg
	氏名						
	住所	〒					
	TEL	自宅(携帯)					
	緊急時	氏名( )			続柄( )		
検査希望日	第 1 希望			第 2 希望			
	年 月 日			年 月 日			
RI 検査	<input type="checkbox"/> 脳血流 SPECT(IMP による定性) [水:午前中] <input type="checkbox"/> 心筋 MIBG SPECT [金:午前中] <input type="checkbox"/> DAT SCAN [火・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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> *精神状態 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。