様式2　　　　　　　　　　　　 記載日

**放射線検査予約申込書(診療情報提供書)**

紹介機関名:

住所:〒　　　　‐

TEL/FAX:

診療科:

医師名:

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251)

FAX:0791-58-1071

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　　者 | フリガナ |  | 性別 | 生　年　月　日 | 年齢 | 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　　　年　　　月　　　日 | 第2希望年　　　月　　　日 |
| RI検査 | □脳血流SPECT(IMPによる定性)　[水:1430まで]□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。