

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

済生会横浜市南部病院 骨シンチ検査申込書・紹介状

(来院時間：9時15分)

様 予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

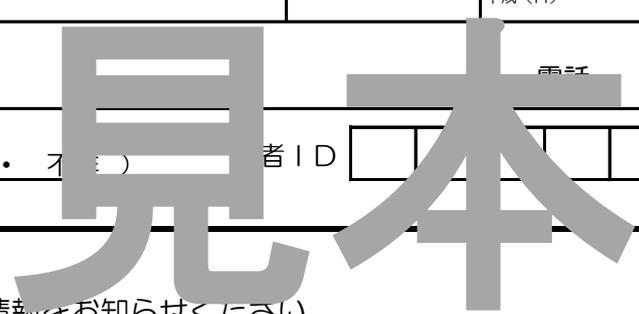
下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、南部病院地域医療連携室あてにFAXでご返送ください。
(FAX 045-832-8340)

紹介医療機関の名称 _____ 医師名 _____

住所 〒(_____ - _____) _____ 電話 _____ - _____
FAX _____ - _____

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者様氏名		男・女	大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H) _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所	〒(_____ - _____)	電話	_____ - _____

当院受診歴 (有 ・ 無 ・ その他) _____ 者ID _____



依頼検査 骨シンチ

この検査で知りたい画像情報をお知らせください。

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載してください。

画像の受け取り方法についていずれか一方の媒体を選択し、口内にし印をお願いします。

- CD-R (DICOM Viewer付) (検査当日、患者さまにお渡しします。返却不要です。)
- フィルム

患者様情報を、下記に記載してください。

前回 RI 検査 無・有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 薬剤アレルギー 無・有 (_____)
 感染症 無・Wa・HB・HCV・未施行
 状態 歩行可・車椅子・ストレッチャー
 身長 (_____ cm)、体重 (_____ kg)

インスリンポンプ、持続血糖測定器 無・有 → 共同利用検査はお受けできません
各診療科へご紹介ください

その他 (_____)

※ 次の項目に該当する方は、RI検査の申し込みはできません

- 妊娠中または妊娠の可能性のある方
- 仰臥位安静静止出来ない方 (15分~30分間)