

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)

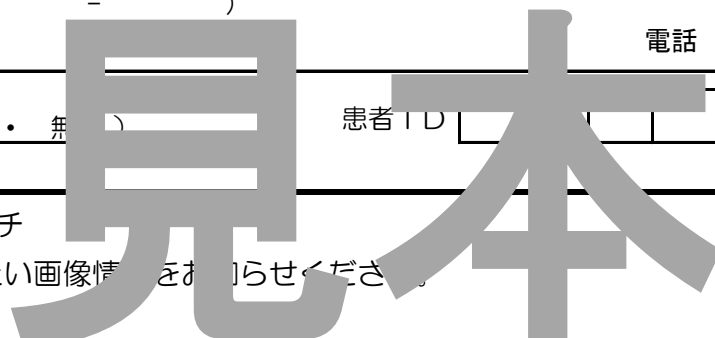
様 予約日時： _____年 _____月 _____日 () _____時 _____分

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) _____ 患者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、□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 R I 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

妊娠中または妊娠の可能性、授乳の方 無・有→共同利用検査はお受けできません

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

○仰臥位安静静止出来ない方 (15分～30分間)