

RIをご希望の場合は、次の申し込み依頼用紙に必要事項をご記入
いただき、地域医療室までFAX(0736-78-3373)して下さい。

予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。

この依頼書は、診療情報提供書として扱わせていただきますので、
捺印のうえ患者さまにお渡し下さい。

予約受付時間 : 平日(月～水、金曜日)午前9時～午後7時迄
(木曜日のみ) 午前9時～午後5時迄
受付時間以降受信FAX: 翌日対応
(翌日が休みの場合は次の外来診療日対応)

RI(シンチグラム)検査予約申込依頼書 兼 診療情報提供書(紹介元控)

公立那賀病院 担当医宛
下記患者様を紹介いたします

紹介元医療機関 _____ 医師名 _____ (印)

所在地 _____ TEL (_____) _____

フリガナ _____ FAX (_____) _____

患者氏名 _____ (男・女) 生年月日

T・S・H・R 年 月 日生(歳) 体重 kg

患者住所(〒 _____)

患者職業 _____

患者TEL(_____) _____ ご都合の悪い日 予約希望日

※ 撮影部位該当欄にチェックして下さい。

✓	検査項目	薬剤	注意事項
	骨	HMDP	注射2~3時間後に検査します。検査直前に排尿して下さい
<input checked="" type="checkbox"/>	心筋.負荷	塩化タリウム	検査予約は取れません 循環器内科へご紹介下さい
<input checked="" type="checkbox"/>	心筋2核種同時	カルディオダイン123I 塩化タリウム	
<input checked="" type="checkbox"/>	心筋2核種同時	ミオMIBG123I 塩化タリウム	
<input checked="" type="checkbox"/>	心筋脂肪酸代謝	カルディオダイン123I	
<input checked="" type="checkbox"/>	心筋交換神経機能	ミオMIBG123I	
	脳血流シンチグラフィー	パーフェューザミン	検査予約は取れません。脳神経外科へご紹介下さい
	ダットスキャン脳シンチ	ダットスキャン123I	注射約3時間後に検査します。
	全身ガリウム	ガリウム	注射3日後に検査します。検査前日前々日就寝前に下剤服用、当日朝浣腸して下さい
	甲状腺テクネ	99mTC	制限なし
	甲状腺タリウム	201Tl	注射後すぐと、2時間後に検査します
	腎.レノグラム	テクネMAG3	検査前に排尿して下さい
	メッケル憩室	テクネシンチ	検査当日は絶食です
	副腎髄質	ミオMIBG-123I	注射後翌日検査します
	副腎皮質	131Iアドステロール	注射1週間後検査します。検査前日前々日就寝前に下剤服用、当日朝浣腸して下さい
	唾液腺	テクネシンチ	制限なし
	センチネルリンパ節	フチン酸	制限なし

【傷病名】 _____

【紹介目的】 _____

【既往歴及び家族歴】 _____

【症状経過及び検査結果】 _____

【治療経過】 _____

【現在の処方】 _____