

放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 厚生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

RI検査

住所:

予約日時

FAX:

月 日 () :

依頼医師名:

印

患者ID				
フリガナ				
氏名	<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
	<input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 年 月 日 歳		
住所	〒	TEL	-	-

お申し込み検査

◆負荷心筋

- 100 負荷心筋(運動)スペクト ◎身長・体重 必須
 101 負荷心筋(薬物)スペクト ◎身長・体重 必須

◆心臓

- 102 心筋安静スペクト
 103 心筋TFスペクト
 104 心筋BMIPPスペクト
 105 心筋MIBGスペクト
 106 心筋MIBGシンチ
 107 心動態(心プール)

◆心臓Dual

- 108 心筋Dual (PYP+TI)スペクト
 109 心筋Dual (MIBG+TI)スペクト
 110 心筋Dual (BMIPP+TI)スペクト

◆脳

- 111 脳血流スペクト
 112 脳血流スペクト(定量)

◆頸部

- 113 甲状腺摂取率(テクネ)
 114 副甲状腺MIBIシンチ

◆肺

- 115 肺血流シンチ

◆全身

- 116 骨シンチ

◆腎

- 117 腎レノグラム

◆特殊

- 119 脳槽シンチ
 120 脳受容体スペクト(IMZ)
 121 脳スペクト(DaT)

- 122 異所性胃粘膜(メッケル憩室)シンチ

- 123 消化管出血シンチ

- 124 胆道シンチ

- 125 肺換気シンチ

- 126 副腎123I(髄質)シンチ

- 127 唾液腺シンチ

- 128 甲状腺摂取率(ヨード)

- 129 ガリウムシンチ

- 130 ソマトスタチン受容体シンチグラフィ

- 131 ピロリン酸シンチ

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> シーネ付きで検査	<input type="checkbox"/> シーネ外して検査	<input type="checkbox"/> シャツあり注意 (左・右)	<input type="checkbox"/> 乳癌Ope後注意
負荷心筋(運動)スペクト 負荷心筋(薬物)スペクト	身長 cm	体重 kg	既往症 (薬剤スペクトのみ) 糖尿病 ・ 喘息

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> フォローアップ	病名	
臨床診断・症状・経過			