

放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

RI検査

住所:

□ 希望日

第一希望: 月 日() AM・PM

第二希望: 月 日() AM・PM

第三希望: 月 日() AM・PM

TEL:

FAX:

□ いつでもよい

予約日: 月 日() 時 分

依頼医師名: _____

印

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	
氏名		<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

- 118 脳(DAIMOX負荷)
- 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

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"/> シャントあり注意 (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

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