

核医学検査 申込書(FAX専用) (FAX 042-323-9205)

医療連携担当經由 放射線科核医学検査室行 送付日 年 月 日

依頼元医療機関(報告書送付先)

担当医お名前

ご住所 〒

お電話

FAX番号

検査予約希望日時 年 月 日 午前・午後

→ FAX 受領後、折り返しお電話にて調整させていただき、検査日時を確定いたします。

患者情報をご記入ください

(フリガナ)

患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住 所 〒 _____

自宅電話番号 _____ () 当院受診歴 (有・無・不明)

(ID: _____)

<検査項目> (検査項目は一箇所のみ○をお願いします)

骨・腫瘍 (Ga)・脳血流 (IMP)・副甲状腺・唾液腺・甲状腺 (摂取率含む)

肺血流・心筋安静 (TI-BMIPP)・心筋交感神経 (MIBG)・レノグラム

副腎髓質・副腎皮質・脳ドーパミントランスポーター (ダットスキャン)

・その他 ()

* 検査項目詳細: _____

疾患名: _____ (当てはまる場合は をお願いします)

54・83 難病医療証使用

自費診療

主 訴: _____

検査目的・臨床情報

アレルギー体質 (有・無)

薬物過敏性 (有・無)

妊娠初期・妊娠の可能性(有・無)

前回検査の有無 (有・無)

身長(cm)・体重(kg)

*注意事項

1. 検査内容によっては、前処置が必要な場合があります。その場合は、処置方法を別紙により FAX でお送りしますので、患者さんにご説明をお願いします。
2. 患者さんは、来院時に紹介状と保険証を持参して診療受付(1階1番)にお越しくください。その後、核医学検査室受付(地下1階20番)にご案内します。
3. やむをえずキャンセルする場合は、2日前までに医療連携担当に連絡をお願いします。
4. 検査内容によっては、検査予約日時の変更や中止をする場合がありますので、ご承知のほどお願いいたします。その旨が生じた場合は直ちにお知らせいたします。

都立多摩総合医療センター放射線科核医学検査室(医療連携担当 TEL:042-323-5111 内線2184)