

R I 検査依頼票

(FAX専用)

(宛先) 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

(地域医療連携センター行)

FAX 番号 (052) 723-7356

令和 年 月 日

医療機関名称

依頼医師名

TEL

FAX

| | | |
|---|--|--|
| フリガナ 患者氏名 | 男 ・ 女 | 明治 大正 昭和 平成 令和 |
| | | 年 月 日生 |
| ① 検査名 | ご希望の検査名番号に○印をお願いいたします。 ①骨シンチ ②脳血流シンチ (ARG) ③脳血流シンチ (eZIS) ④交感神経心筋シンチ (MIBG) ⑤安静時心筋シンチ (⑤-①TI・⑤-②BMIPP・⑤-③TF・⑤-④TI & BMIPP) ⑥腎動態シンチ (MAG3) ⑦腎動態シンチ (ラックス負荷) ⑧腎静態シンチ (DMSA) ⑨甲状腺シンチ (Tc 摂取率) ⑩腫瘍炎症シンチ (Ga) ⑪骨髄シンチ (In) ⑫副腎髄質シンチ (MIBG) ⑬脳線条体 (DAT) シンチ ⑭脳血流 (SSP) シンチ | |
| | 患者 情報 | 身長 _____ cm 体重 _____ kg 長時間の体位維持 可能 ・ 不可能 |
| 検査希望期日 : 月 日までに希望します。 検査不可能な日 : () | | |
| 連絡事項 (病名・主訴・具体的な目標部位又は器官名) ※診療情報提供書は別途ご準備いただき、検査当日にご持参下さい。 | | |

| | | |
|------------------------------|----------|---------|
| ② | 患者住所 | 駐車場利用希望 |
| | 電話 () - | あり・なし |
| 東部医療センター受診歴 有 (ID 番号 -) ・ 無 | | |

1～4について該当する項目に○印をお願いいたします。

- 被ばくに関する説明を行いました。□ ※必ずチェックをお願いします。
- ヘマトクリット値 _____ % ・ 当院にて血液検査希望 *⑥、⑦レノグラムのみ記載
- 妊娠の可能性 無 ・ 有
- 感染症の有無 無 ・ 有 ・ 未確認

※検査結果は、郵送 (休日前は休み明けの発送) となります。

※画像データは、CD-ROMにてご提供させていただきます

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 地域医療連携センター

直通電話 (052) 723-7359 FAX (052) 723-7356