

核医学検査依頼書

氏名	(カナ)
	(漢字)
生年月日	M T S H 年 月 日 才
性別	男・女
病院名	
診療科名	外来入院

※依頼される先生方へ
一つの検査につき一枚の依頼書と検査伝票
が原則です。

検査内容	搬送方法： 歩行 ・ ストレッチャー ・ 車椅子 前回シンチ 年 月 日
骨 腫瘍 MIBG・Ga・Tl Octoreotid 心筋 Tl ・ MIBG BMIPP・MIBI・TF 脳 IMP・PAO・ ECD・DAT・ IMZ 肝・胆道・唾液腺 甲状腺 Tc・I・Tl 副甲状腺 (MIBI) 肺血流 RIアンギオ 腎 レノグラム(DTPA, MAG3) 静態シンチ(DMSA) 副腎皮質 (アドステロール) その他()	臨床診断名 (疑いも含めて) 検査の目的並びに臨床経過、既往等 画像所見又は検査、理学所見 主治医 内線
検査部位 1) 全身 2) 局所()	以下の体質、疾患を有している場合、丸印で囲んで下さい。 感染症：HB・HC・ATLL・HIV・MRSA・なし・未検 アルコール禁 アレルギー、喘息：あり()なし

当核医学検査依頼書に記入していただく患者さんの個人情報（氏名、生年月日、住所等）につきましては、公立大学法人福島県立医科大学附属病院において診察に必要な患者登録、検査予約、紹介歴登録等の業務にのみ利用させていただきます。お手数ですが、ご紹介いただく際に、貴院から患者さんにその旨をご説明いただき、患者さんの同意をいただきました上でお申し込みくださいますようお願い申し上げます。