

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		外来
診療科名		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
<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 腫瘍 MIBG・Ga・Tl Octoreotid <input type="checkbox"/> 心筋 Tl ・ MIBG BMIPP・MIBI・TF <input type="checkbox"/> 脳 IMP・PAO・ ECD・DAT・ IMZ <input type="checkbox"/> 肝・胆道・唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 Tc・I・Tl <input type="checkbox"/> 副甲状腺 (MIBI) <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> RI アンギオ <input type="checkbox"/> 腎 レノグラム (DTPA, MAG3) 静態シンチ (DMSA) <input type="checkbox"/> 副腎皮質 (アドステロール) <input type="checkbox"/> 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。