

RI検査依頼状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院

FAX 055-948-2103 (地域医療連携室)

地域医療連携室

TEL: 055-948-3111代 (内線3550)

ご紹介元

病院

医院 医師

印

FAX番号

※10~20分以内で折り返し

お返事いたします

科

先生

患者氏名

殿 (男 ・ 女)

生年月日 (明・大・昭・平)

年

月

日生

歳

住所

電話番号

※身長

cm

※体重

kg

検査項目

脳血流シンチ

甲状腺シンチ

副甲状腺シンチ

心筋シンチ

肺血流シンチ

レノグラム

腎シンチ

副腎シンチ

骨シンチ

Gaシンチ

その他 ()

【注意事項】

- ・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします
- ・同月内のGaシンチとPET-CTは保険対象外となります
- ・食事制限や前処置等の指示は予約時に確認してください

主訴又は病名・症状その他臨床情報を詳しくご記入ください (既往歴、家族歴等)

検査詳細をご希望の場合はご記入をお願いします

当院受診の有無 有・無

受診歴のない場合は、新規に患者さんのカルテを作成し検査予約をさせていただきますので、下記の情報のご提供をお願いします。

保険者番号

(本人・家族)

記号番号

公費負担者番号

1割・2割

公費受給者番号

(コピーで結構です)