

核医学検査(RI)依頼状・診療情報提供書

記入日 年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院
放射線科 担当医
(地域医療連携室)

FAX : 055-948-2103

TEL : 055-948-3111(代) (内線 3550)

<p>【ご紹介元】</p> <p>医療機関名：</p> <p>医師氏名：</p> <p>F A X 番号：</p>

※10~20分程度で折り返しお返事いたします

フリガナ	
患者氏名	様 (男・女)
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	
	電話番号 (- -)

【検査項目】

- ・前処置なし 脳血流シンチ 甲状腺シンチ (Tcのみ) 副甲状腺シンチ
- 肺血流シンチ 骨シンチ
- レノグラム (負荷なし) 腎静態シンチ その他 (負荷なし)
- ・前処置あり 心筋シンチ (安静) : 朝食抜き、昼食待ち
- ダットスキャン : 三環系抗うつ薬などの一部薬剤の服用不可
- ※アルコール過敏症の方は検査不可
- 心筋 MIBG シンチ : 三環系抗うつ薬などの一部薬剤の服用不可

【注意事項】

- ・「核医学検査説明書と同意書」の提出をお願いします。
- ・食事制限や前処置等について、ご不明点があれば予約時にご確認ください。

主訴または病名、その他臨床情報、既往歴、家族歴を簡潔にご記載ください。

当院受診歴の有無〔 あり【順天堂静岡 ID : _____】・ なし ・ 不明 〕

受診歴のない場合、新規にカルテを作成いたしますので、以下の保険情報をご記載ください。

(保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信していただく場合、ご記入は不要です。)

被保険者証

保険者番号		本人	1割
			2割
記号・番号・枝番	()	家族	3割

後期高齢者医療

保険者番号		1割
		2割
受給者番号		3割

公費負担医療

負担者番号	
受給者番号	