

診療情報提供書（シンチグラフィ検査依頼書）

NTT東日本関東病院 医療連携室
TEL 03-3448-6192
FAX 0120-34-4810（03-3448-6071）

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

患者情報		依頼元医療機関	
フリガナ		住所	
氏名		医療機関名	
生年月日	年 月 日（満 歳）	電話番号	
性別	男・女	FAX番号	
身長	cm	医師名	
体重	kg		
妊娠の可能性	☐ なし ☐ あり	※ 妊娠の可能性ありの場合には 検査を行えない場合があります。 ※ 授乳中は検査後24時間以上の 授乳中止が必要です。	
住所	〒	関東病院 受診歴	☐ あり 【診察券番号 ☐ なし ☐ 不明
電話番号			

検査希望日	第1希望	年 月 日 時頃
	第2希望	年 月 日 時頃
※ご予約は申込日の翌々日以降になります。 ※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡をいたします。 ※放射性医薬品の準備の都合上、確実に検査を受けられる日時の指定をお願いいたします。 直前のキャンセルの場合には、患者さんに薬剤費を請求させていただく場合もございます。		
検査部位 (1つ選択)	☐ 骨シンチグラフィ ☐ 脳血流シンチグラフィ (ECD) ☐ 脳血流シンチグラフィ (IMP) ☐ 脳ドパミントランスポーターシンチグラフィ ☐ MIBGシンチグラフィ (心筋 ・ 副腎 ・ 全身) ※撮影範囲をご指定ください。 ☐ ガリウムシンチグラフィ ☐ その他 () ※事前に電話でご相談ください。 ※ 各種の負荷検査は、医療連携では行いません。	
臨床診断 (病名)		
検査目的／ 臨床情報など		
画像の提供方法	☐ 不要 ☐ 画像ディスク	