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 03-3448-6111（代表）
FAX 0120-34-4810（03-3448-6071）

申込日	年　　月　　日

患者情報					
フリガナ 氏名					
生年月日	年　　月　　日（満　　歳）				
性別	男 ・ 女	身長	cm	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	〒 電話番号				

依頼元医療機関
住所
医療機関名
電話番号
FAX番号
医師名

関東病院受診歴	□ あり 【診察券番号　　】 □ なし □ 不明

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致します。 ※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 □ MIBGシンチグラフィ（　心筋交感神経　） □ 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 ※ **心筋血流**シンチおよび各種の**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