

## 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       |  | 依頼元医療機関     |   |
|------------|--|-------------|---|
| フリガナ<br>氏名 |  | 住所          |   |
| 生年月日       | 年 月 日（満 歳）   | 医療機関名       |   |
| 性別         | 男・女  | 身長          | cm  |
|            |  | 体重          | kg  |
| 妊娠の可能性     | <input type="checkbox"/> なし    ※ 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<br><input type="checkbox"/> あり    ※ 授乳中は検査後24時間以上の授乳中止が必要です | 電話番号        |   |
| 住所         | 〒  | FAX番号       |   |
|            | 電話番号   | 医師名         |   |
|            |  | 関東病院<br>受診歴 | <input type="checkbox"/> あり【診察券番号<br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 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。<br>※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡を致します。<br>※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<br>(1つ選択)  | <input type="checkbox"/> 骨シンチグラフィ<br><input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ (ECD)<br><input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ (IMP)<br><input type="checkbox"/> 脳ドパミントランスポーターシンチ<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> ガリウムシンチグラフィ<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) ※事前に電話でご相談ください<br>※ 各種の負荷検査は、医療連携では行いません |   |   |   |    |
| 臨床診断<br>(病名)    |  |   |   |   |    |
| 検査目的/<br>臨床情報など |  |   |   |   |    |
| 画像の提供方法         | <input type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> 画像ディスク   |   |   |   |    |