

R I 検査申込書（兼診療情報提供書）

申込先： 函館市医師会病院 地域医療連携室

直通TEL 43-4876 直通FAX 43-3416

				申込日時			
氏 名			生年月日	() 歳		☐ 男	☐ 女
依頼病医院・医師							
R I 検査歴	☐ 初回		☐ () 回目		妊 娠	☐ +	☐ -
検 査 日 時	注射		年	月	日	時	分
	撮像		年	月	日	時	分
病歴・検査目的							
検査種類（ ☒ をおつけください）							
☐ 頭 部 （ ☐ 脳血流 ☐ ダットスキャン ）							
☐ 頸 部 （ ☐ 甲状腺テクネシウム摂取率 ☐ 甲状腺ヨード摂取率 ）							
（ ☐ 副甲状腺MIBI ☐ 唾液腺シンチ ☐ 頸部ガリウムシンチ ）							
☐ 胸 部 （ ☐ 心アミロイドーシス(ピロリン酸シンチ) ☐ 心交感神経機能MIBG ）							
（ ☐ 心脂肪酸代謝シンチBMIPP ☐ 心筋血流シンチ Tc・TI ）							
☐ 腹 部 （ ☐ 肝アシアロシンチ ☐ 腎シンチ(レノグラム) ☐ 副腎皮質アドステロール ）							
☐ 全 身 （ ☐ 骨シンチ ☐ ガリウムシンチ ）							
☐ そ の 他 （ ）							
※ 共通受診申込書とあわせてR I 検査申込書を連携室にF A Xしてください。							
※ R I 検査申込書の原本を患者さんにお渡しし、コピーを紹介元控としてください。							
※ 検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。							
※ 所見報告は読影結果が出次第F A X・郵送させていただきます。							