RI検査依頼書兼診療情報提供書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名： | | 熊本市医師会熊本地域医療センター | | | | 依頼日： | | 年 月 日 |
|  | 放射線部　担当医　殿 | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |
| 紹介元医療機関の名称： | | | | |  | | | |
|  | | | | 所在地： |  | | | |
|  | | | | 電話番号： |  | | FAX： |  |
|  | | | | 依頼医師氏名： |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： | |  | | | | | | | | | | | | | 殿 | | | 性別： | | | | | | | | |  | | | | | |
| 患者住所： | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号： | | | |  |
| 生年月日： | |  | | | | 年 | | |  | | 月 | | |  | | | 日 | | （ | |  | | | ） | | 歳 | | | 職業： | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  |  | |  | | | | |  |  |  |  |
| 検査日 |  | | 年 | |  | | 月 | | |  | | | 日 | | | 患者番号： | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査部位 | 検査の種類　　※✓印を付けて下さい |
| 骨 | 骨シンチ |
| 肝　臓 | 肝アシアロ　　　 その他（　　　　　　　　　） |
| 頭　部 | 脳血流（安静のみ） |
| 心　臓 | 心筋血流（ 安静 ・ 負荷） 　　 心筋脂肪酸代謝　　　 心臓交感神経機能 |
| 腎　臓 | 静態シンチ  動態シンチ　　  その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 副　腎 | 髄質シンチ |
| 甲状腺 | 摂取率　( 123I・ 99mTc)　　　 腫瘍（99mTc-201Tl同時）　　　 副甲状腺 |
| 腫　瘍 | 67Ga　　　 その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 出血　　  メッケル憩室　　  その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ 女性の場合、妊娠の可能性のないことを確認してください。また、授乳中の方は事前にご相談ください。

※ 患者様がお薬手帳をお持ちでしたら、持参させて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受付直通（月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00） | 電話 096-366-1323 | FAX 096-363-3416 |
| 熊本市医師会　熊本地域医療センター（代表） | 電話 096-363-3311 | FAX 096-362-0222 |

臨床診断及び紹介目的

〈既往歴　症状経過　治療経過　現在の処方　検査結果　等〉