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〉