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（　　）

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〉

※ 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