

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
放射線部 担当医 殿

依頼日： 年 月 日

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 家族歴 症状経過 治療経過 現在の処方 検査結果 等 〉

〈 備考 〉

※ 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