

診療情報提供書／アイソトープ（RI）検査依頼書

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日（ 曜日）
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査時刻	午前 時 分 午後
患者住所	電話（ ）	患者ID	IDは、当医療センターにて記入
依頼医療機関名	電話 FAX	CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
依頼医師名			
【検査項目】（✓チェック）			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ（安静）		<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ	
【病名・診断名】（必須項目）			
【紹介・検査目的・現在の治療内容等】			
※この検査を受ける為に以下の項目の確認をお願いいたします。（詳しくは担当者までお問い合わせ下さい）			
<input type="checkbox"/> 他のアイソトープ検査やバリウム検査の後に検査依頼される場合、画像に影響することがあります。 1週間以上空けることをお願いいたします。			
<input type="checkbox"/> CTやMRI等の造影検査の後に検査依頼される場合、薬剤の干渉が画像に影響することがあります。 造影後24時間以上空けることをお願いいたします。			
<input type="checkbox"/> 採血を検査後に行う時は、24時間以上空けることをお勧めいたします。			
<input type="checkbox"/> 妊娠中または授乳中、あるいは妊娠の可能性のある方は検査出来ないことがあります。			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ検査及び全身骨シンチ検査では食事の制限・内服薬の制限などの前処置の必要はありません。			
<input type="checkbox"/> 個別発注の放射性医薬品を用いた検査のため、キャンセルは前日の午前中までにご連絡下さい。			
<input type="checkbox"/> 検査結果画像のCD-Rは、読影報告書と一緒に、約1週間後に郵送でお届けいたします。			

診療情報提供書／アイソトープ (RI) 検査依頼書

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査時刻	午前 時 分 午後
患者住所	電話 ()	患者ID	IDは、当医療センターにて記入
依頼医療機関名	電話 FAX	CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
依頼医師名			
【検査項目】 (✓チェック)			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (安静)		<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ	
【病名・診断名】 (必須項目)			
【紹介・検査目的・現在の治療内容等】			
※この検査を受ける為に以下の項目の確認をお願いいたします。(詳しくは担当者までお問い合わせ下さい)			
<input type="checkbox"/> 他のアイソトープ検査やバリウム検査の後に検査依頼される場合、画像に影響することがあります。 1週間以上空けることをお願いいたします。			
<input type="checkbox"/> CTやMRI等の造影検査の後に検査依頼される場合、薬剤の干渉が画像に影響することがあります。 造影後24時間以上空けることをお願いいたします。			
<input type="checkbox"/> 採血を検査後に行う時は、24時間以上空けることをお勧めいたします。			
<input type="checkbox"/> 妊娠中または授乳中、あるいは妊娠の可能性のある方は検査出来ないことがあります。			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ検査及び全身骨シンチ検査では食事の制限・内服薬の制限などの前処置の必要はありません。			
<input type="checkbox"/> 個別発注の放射性医薬品を用いた検査のため、キャンセルは前日の午前中までにご連絡下さい。			
<input type="checkbox"/> 検査結果画像のCD-Rは、読影報告書と一緒に、約1週間後に郵送でお届けいたします。			

アイソトープ (RI) 検査予約票

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査時刻	午前 時 分 午後
患者住所	電話 ()	患者ID	IDは、当医療センターにて記入
依頼医療機関名 電話 FAX 依頼医師名		CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
【検査項目】 (✓チェック)			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (安静)		<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ	

アイソトープ (RI) 検査を受けられる方へ

【当日の手続きについて】

検査当日は、検査予定時刻30分前までに、公立阿伎留医療センター新患受付11番窓口へアイソトープ(RI)検査予約票・保険証・診療情報提供書を提出し、受付の手続きをしてください。

【前処置について】

食事の制限や内服薬の制限など、事前にさせていただくことはありません。

【検査について】

- 1) 予約検査のため予定時刻に遅れないようにお願いします。
- 2) ご都合により検査にこられない場合は、検査日前日の午前中までに公立阿伎留医療センター放射線科受付までご連絡ください。
- 3) 遅れる場合は公立阿伎留医療センター放射線科受付まで速やかにご連絡ください。
- 4) 検査予定時刻が多少前後する場合がありますのでご了承ください。

※ご不明なことがございましたら、放射線科までお問い合わせください。

公立阿伎留医療センター 042-558-0321 (代表)

放射線科受付 内線 2200