

診療情報提供書 R I 検査依頼書

申込日 年 月 日

受診者情報 流山中央病院患者 ID : ふりがな : 患者氏名 : 様 (男・女)	(日中連絡のつとくろ) 電話番号 : - - 携帯電話 : - -	
生年月日 : (M・T・S・H) 年 月 日 (歳)	身長 cm 体重 kg	
住所 : (〒 -)		
紹介元医療機関名 : 診療科 :	主治医 : 電話番号 : - -	
<u>臨床診断名</u>	<u>手術歴</u>	
現病歴 (症状)	飲んでいる薬 (※服用されている薬によっては検査が出来ない場合があります。)	
<u>検査目的</u>		
<u>検査項目</u> <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 脳神経 (DAT) ドパミントランスポータ <input type="checkbox"/> MIBG (認知症、心臓、褐色細胞腫) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 心筋 <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<u>画像提供媒体</u> <input type="checkbox"/> DVD	<u>読影</u> <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
<u>受診希望日時</u>		
第 1 希望 月 日 時 分	第 2 希望 月 日 時 分	第 3 希望 月 日 時 分
<u>診療科目</u> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病内科 <input type="checkbox"/>		

検査に必要な前処置および RI 投与後の検査開始時間は下記の通りです。

検査項目	検査開始時間 (注射後)	心筋	注射直後・4 時間後
脳血流	注射直後	腫瘍・炎症	注射 3 日後
脳神経 (DAT)	注射 4 時間後	骨	注射 3~4 時間後



医療法人社団 曙会

流山中央病院

地域連携課

電話番号 : 04-7154-5741 (代表)

FAX : 04-7154-1232