**診療情報提供書ＲＩ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）** | **（日中連絡のつくところ）****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：－ －** |
| **臨床診断名**  **手術歴****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。）** |
| **検査目的** |
| **検査項目****□脳血流 □脳神経（DAT）ドパミントランスポータ □MIBG（認知症、心臓、褐色細胞腫）****□骨 □心筋 □腫瘍・炎症 □その他（ ）** |
| **画像提供媒体 □DVD**  | **読影 □有り □無し** |
| **受診希望日時** |
| **第1希望　　　月　　　　日****時　　　　分** | **第2希望　　　月　　　　日****時　　　　分** | **第3希望　　　月　　　　日****時　　　　分** |
| **診療科目** 脳神経外科 □ 循環器内科 □ 神経内科 □ 内科 □ 内分泌・糖尿病内科 □ |

**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** |



**地域連携課**

**電話番号：04-7154-5741（代表）**

**FAX：04-7154-1232**