

岩手県立中部病院

R I 検査 予約申込票

(PET-CT 検査除く)

岩手県北上市村崎野 17 地割 10 番地
 岩手県立中部病院地域医療福祉連携室
 電 話 0197-71-1518
 F A X 0197-71-1881
 受付時間 8:30~17:00

連携医療機関

所在地	〒	-
医療機関名		
電話	()	
F A X	()	
診療科	科 (入院・外来)	
担当医師		

患者情報内容

フリガナ 紹介患者氏名	様	電 話	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 男・女
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー :付添い者の 無・有 (職員・家族・他)		
その他の特記事項	身長 c m ・ 体重 K g		
ペースメーカー・除細動器等の有無	なし ・ あり (種類:) ※ありの場合は必ずデバイス手帳を持参ください。		
持続血糖測定装置の使用について	なし ・ あり (撮影時に取り外す場合があります。)		
画像媒体	CD-R		

依頼される検査の確認

依頼される検査名を 記入してください。	
検査目的・経過などを 記入してください。	

* 骨シンチ、肺血流シンチ、脳血流シンチ (S P E C T)、など明確に記入してください。

脳血流は定性を、心筋は安静時で S P E C T 検査を行います。

* 放射性同位元素を使用する R I 治療はこの用紙を使用せず、放射線科外来へ直接、問い合わせてください。なお問い合わせの際、火曜日をご遠慮ください。

検査日につきまして、希望する日、希望しない日などがありましたら、ご記入ください。

ただし、要望には応えていきたくはありますが、要望に沿えられない場合はご容赦願います。

<input type="checkbox"/> 都合はなく、おまかせする。	
<input type="checkbox"/> 右記のように要望します。	

* 予約申込票へ必要事項を記入のうえ、貴院カルテの表紙の写し又は保険情報と診療情報提供書を共に地域医療福祉連携室宛に F A X をお願いします。

* こちらは当院にて使用しますので、ご記入はしないでください。

通知検査日		決定検査日	
-------	--	-------	--