

# 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 cm・体重 Kg		
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	C D		

### 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しての 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、診療情報提供書を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	
-------	--	-------	--