

核医学検査申込書 兼 診療情報提供書 (他院医師記入用)

紹介医療機関

紹介元医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野 2-23-16

ライフ・エクステンション研究所付属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX 03(3834)2351

フリガナ		明・大 昭・平	年	月	日	歳	男・女
患者氏名	殿						
身長	cm	体重	.				kg
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診察券番号:						

検査部位: にチェックして下さい。検査時間のため1部位のみとさせていただきます。

検査部位	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> 脳血流
------	---

臨床診断と検査目的:

注射日	実施日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
検査1回目	実施日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
検査2回目	実施日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
臨床診断名 (必須)							
臨床経過 および 検査理由							

被験者チェックリスト。(依頼医師が記入して下さい。)

①患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
②前回R I 検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 検査日 (年 月 日)
③感染症	<input type="checkbox"/> MRSA (+ -) <input type="checkbox"/> ワ氏 (+ -) <input type="checkbox"/> HB (+ -) <input type="checkbox"/> その他 ()
④腎機能障害はありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 透析中
⑤薬でアレルギーを起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑥消化管に閉塞又はその疑いがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり
⑦妊娠またはその疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何か月 月)