

核医学検査申込書 兼 診療情報提供書(紹介元医師記入用)

紹介先医療機関

〒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附属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX番号 03(3834)2351

紹介元医療機関

〒

住所

医療機関名

電話番号

FAX番号

フリガナ		明・大 昭・平	年	月	日	歳
患者氏名	殿					男・女
身長	cm	体重	kg			
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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。

検査予約日時	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 唾液腺シンチ <input type="checkbox"/> 心筋シンチ <input type="checkbox"/> ダットスキャン
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

臨床診断と検査目的:

注射日	年	月	日	午前・午後	時	分
検査1回目	年	月	日	午前・午後	時	分
検査2回目	年	月	日	午前・午後	時	分
臨床診断名 【必須入力】						
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RI検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 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"/> 透析中 <input type="checkbox"/> あり
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妊娠又はその疑いがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何ヶ月 月)