

核医学検査 (RI) 用

大阪南医療センター地域医療連携室【放射線科依頼書 FAX用紙】

FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)



地域連携室受付時間は 月～木曜日9:00～17:15 / 金曜日9:00～20:00 / 土曜日9:00～13:00 となります。
(ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。)

| | | | | | | |
|--------------------------|--------|---|----------------------|------|---|----|
| 患者様基本情報 | | 性別 | 生年月日 | | | |
| 患者様のご氏名 | (フリガナ) | 男 女 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日生 |
| | 様 | | | ()歳 | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | - | - | | |
| | | | | | | |
| 当センターでの受診歴の有無 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号:) | | | | |
| 患者様の病名・主症状 *必ずご記入願います | | (診療情報提供書は、予約時にFAX送信下さい。) | | | 現在、貴院に 通院中 入院中 (該当する方に○印をお願いします。) | |
| ADL 該当に☑してください | | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法をご記入下さい [] | | | | |
| 医療機関名 住所 医師名 | | | 電話番号 | | | |
| | | | FAX番号 | | | |

撮影依頼項目選択 *撮影希望は1撮影・検査ごとに1枚ずつ依頼書が必要になります。

◆撮影(検査)希望日◆ 以下のいずれかの撮影・検査に☑チェックし、希望日を記入下さい。

第1希望日: 月 日 曜日

第2希望日: 月 日 曜日

※原則、午前中のみ予約可能としております。ご了承ください。

| 核医学 (RI) | 検査項目 | 予約可能曜日 | | 備考 |
|--------------------------|--------------------------|---------|---|-----------------------|
| | <input type="checkbox"/> | ダットスキャン | 木 | |
| <input type="checkbox"/> | 安静時脳血流 (IMP) | 木 | | 午前：注射及び撮像 |
| <input type="checkbox"/> | 心筋MIBG検査 | 木 | | 午前：注射及び撮像、午後：撮像 |
| <input type="checkbox"/> | 心アミロイドーシス | 木 | | 午前：注射、午後：撮像 |
| <input type="checkbox"/> | 肺血流シンチ | 火 | 水 | 午前：注射及び撮像 |
| <input type="checkbox"/> | レノグラム | 火 | 水 | 午前：注射及び撮像 |
| <input type="checkbox"/> | 骨シンチ | 火 | 水 | 午前：注射、午後：撮像 |
| <input type="checkbox"/> | ガリウムシンチ | 火 | | 2日来院が必要 (注射：火曜、撮像：金曜) |
| <input type="checkbox"/> | その他 () | | | |

検査結果について

*検査後の画像 (CD-R) ・所見は「ゆうパック」にて数日以内に郵送致します。

連絡事項等