

核医学 SPECT 検査・画像診断依頼書（診療情報提供書）

埼玉医科大学国際医療センターID

埼玉医科大学国際医療センター核医学科 外来担当医 宛

予約日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

紹介元医療機関情報

| | | |
|---------|--------|------------------|
| 医療機関名 | 診療科 | 担当医師（フルネーム／ふりがな） |
| 連絡先電話番号 | （内線番号） | FAX |

患者情報

| | | | |
|---|------|---------|---------|
| ふりがな | 住所 〒 | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 年 月 日 | 男・女 | 連絡先電話番号 | （本人・家族） |
| 現在の状況 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中（退院予定 月 日） 貴院ID： | | | |

疾患情報・臨床経過

| | | |
|--|--|--|
| 診断名 | | |
| 依頼検査 <input type="checkbox"/> 骨シンチグラフィ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチグラフィ <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチグラフィ <input type="checkbox"/> ドパミントランスポータ SPECT <input type="checkbox"/> 脳血流 SPECT (ECD 安静のみ) <input type="checkbox"/> ソマトスタチン受容体シンチグラフィ <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 臨床経過（主訴、治療経過、各種の画像・検査所見、既往歴、内服薬など、検査の実施や読影に必要な情報を詳細に記載ください*） *経過等は別途貴院様式の紹介状に記載の上、添付いただいても構いません | | |
| 告知： <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | |
| 感染症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（HBV・HCV・HIV・結核・MRSA・その他） | | |
| 妊娠可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 自力歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー（付添要） | 座位の保持・30分静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 人工物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ストマ・ドレーン・ポート・ペースメーカー・その他） | | |

埼玉医科大学国際医療センター PET 検査受付 〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1

電話・FAX 042-984-4135

受付時間 月～金 9:00～17:00、土 9:00～13:00（日祝休）