

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）