

R I 検査依頼票

(FAX 専用)

(宛先) 名古屋市立東部医療センター
 (地域医療連携センター行)
 FAX 番号 (052) 723-7356

令和 年 月 日

医療機関名称
 依頼医師名
 TEL
 FAX

①	フリガナ 患者氏名	男 ・ 女	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生
	検査名	ご希望の検査名番号に○印をお願いいたします。 ①骨シンチ ②脳血流シンチ (ARG) ③脳血流シンチ (eZIS) ④交感神経心筋シンチ (MIBG) ⑤安静時心筋シンチ (⑤-①TI・⑤-②BMIPP・⑤-③TF・⑤-④TI & BMIPP) ⑥腎動態シンチ (MAG3) ⑦腎動態シンチ (ラックス負荷) ⑧腎静態シンチ (DMSA) ⑨甲状腺シンチ (Tc 摂取率) ⑩腫瘍炎症シンチ (Ga) ⑪骨髄シンチ (In) ⑫副腎髄質シンチ (MIBG) ⑬脳線条体 (DAT) シンチ ⑭脳血流 (SSP) シンチ	
	患者 情報	身長 _____ cm 体重 _____ kg 長時間の体位維持 可能 ・ 不可能	
	検査希望期日 : 月 日までに希望します。 検査不可能な日 : ()		
連絡事項 (病名・主訴・具体的な目標部位又は器官名) ※診療情報提供書は別途ご準備いただき、検査当日にご持参下さい。			

②	患者住所	電話 () -	駐車場利用希望 あり・なし
	東部医療センター受診歴	有 (ID 番号 -) ・ 無	

1～6について該当する項目に○印をお願いいたします。

- ヘマトクリット値 _____ % ・ 当院にて血液検査希望 *⑥、⑦レノグラムのみ記載
- 妊娠の可能性 無 ・ 有
- 感染症の有無 無 ・ 有 ・ 未確認
- 希望媒体 CD-ROM ・ フィルム
- 結果の受渡方法 郵送のみ (休日前は休み明けの午前の発送となります)

名古屋市立東部医療センター 地域医療連携センター
 直通電話 (052) 723-7359 FAX (052) 723-7356