

## 富士市立中央病院高度医療機器利用申込書

(アイソトープ検査)

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先                      FAX                      -                      -                      TEL                      -                      -

●患者様情報

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和・平成
患者様氏名			年                      月                      日生
患者様電話番号	(                      )	身長	cm                      体重                      kg
検査希望日時			
病名または疑診名 日本語でお願いします			

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

ご希望のメディア
フィルム(上限4枚) / CD-R

該当する検査の種類・部位を○で囲んでください。

予約可能な検査の種類・部位
骨シンチ
ガリウムシンチ
甲状腺腫瘍シンチ
甲状腺摂取率(テクネ1日法)
副甲状腺シンチ

予約可能な検査の種類・部位
脳血流シンチ (認知症) 負荷なし (脳循環予備能) 負荷あり
心筋シンチ(心筋症・心機能・生活習慣病リスク評価)
レノグラム(腎機能)
肺血流シンチ

○ お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを患者様へお渡しください。

注意: 心筋血流シンチの目的が手術・狭心症(負荷あり)の場合は、診察が必要となりますので、紹介患者として病診連携予約申込書にてご依頼ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	-	-	
予約日時	①注射	月	日 (                      )	時                      分~
	②検査	月	日 (                      )	時                      分~
			月                      日 受付	