

診療情報提供書 (SPECT-CT検査依頼書)

記載日 令和 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地 〒

TEL.

FAX.

診療科

依頼医師

検査予約日

時刻

年 月 日 ()

:

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名				歳
住所	〒		TEL.	
受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (羽生総合病院 診察券 No.)			

検査項目	<input type="checkbox"/> 骨シンチグラフィ (^{99m}Tc -HMDP)	<input type="checkbox"/> Datスキャン (ドパミントランスポーターイメージング)
	<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 (^{123}I -MIBG)
	<input type="checkbox"/> 甲状腺シンチグラフィ ($^{99m}\text{TcO}_4^-$)	<input type="checkbox"/> 心筋血流SPECT (^{99m}Tc -tetrofosmin)
	<input type="checkbox"/> 脳血流SPECT (^{123}I または ^{99m}Tc)	<input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝SPECT (^{123}I -BMIPP)
	<input type="checkbox"/> レノグラム (^{99m}Tc -MAG3)	<input type="checkbox"/> 心筋血流 + 脂肪酸代謝 (2核種同時 ^{201}Tl + ^{123}I -BMIPP)
	<input type="checkbox"/> 肺血流シンチグラフィ (^{99m}Tc -MAA)	<input type="checkbox"/> 心筋血流 + ピロリン酸 (2核種同時 ^{201}Tl + ^{99m}Tc -PYP)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
※負荷検査 (脳血流・心筋血流) については、他施設からの検査依頼は行っておりません。		
臨床診断		告知 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知
臨床経過		
検査目的		
既往歴		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 未見	
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 (介助不要) <input type="checkbox"/> 車椅子 (要介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
30分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
支払区分	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	
現状	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
その他留意点		

連絡先：羽生総合病院 地域医療サポートセンター 連携担当
TEL.048-563-1286 FAX.048-562-5857