

画像診断検査依頼兼診療情報提供書 (FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。 1. 無 2. 有		→ 診察券番号		0			
フリガナ 受診者氏名		男 女	生年月日	M	T	S	H
			年	月	日	歳	
受診者住所 電話番号(連絡先)							
検査日	平成	年	月	日 ( )	午前 午後	時	分
依頼医療機関名 所在地 医師名				TEL			
				FAX			
				印			
依頼される 画像診断検査 (※番号を○で 囲ってください)	≪PET-CT検査≫ 1. FDG 2. メチオニン 3. コリン 4. その他( )			≪シンチグラム検査≫ 1. 骨シンチ 2. 肺血流シンチ 3. 脳血流シンチ 4. 安静心筋血流シンチ 5. <sup>123</sup> I-MIBG心筋交感神経シンチ 6. その他( )			
検査結果について (①②より選択下さい)	①郵送希望(検査日の翌日発送予定。結果到着まで2、3日をみて下さい) ②手渡し希望(検査終了後、結果をお渡し出来るまで患者様には2、3時間お待ち頂くことをご説明下さい)						
検査日にご持参 いただくもの (※□に✓願います)	<input type="checkbox"/> 保険証 * 公費負担お方は「医療証」もご持参ください <input type="checkbox"/> 紹介状・参照過去画像( CD ・ フィルム ) ※返却が必要である場合は必ず明記して下さい。 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )						

★検査目的および臨床情報(読影に必要です。詳しくご記入願います。)

(注)ご紹介いただく先生方へ 太枠の内の必要事項をご記入ください。

独立行政法人 国立国際医療研究センター病院 放射線診療部核医学科 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1  
 【予約受付】 TEL 03(5273)6881(核医学専用ダイヤルイン)  
 【問い合わせ】 TEL 03(3202)7181(代表) 核医学受付2390(内線)