

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 | T | S | H | R |
| 受診者住所 電話番号(連絡先) | | | | | | | |
| 検査日 | 年 | 月 | 日 () | 午前 午後 | 時 | 分 | |
| 依頼医療機関名 所在地 医師名 | | | | TEL | | | |
| | | | | FAX | | | |
| 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. FDG(心臓) 3. FDG(血管炎) 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. 123I-MIBG心筋交感神経シンチ 6. 脳ドーパミントランスポータシンチ(ダットスキャン) 7. ソマトスタチン受容体シンチ(オクトレオスキャン) 8. 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 (※口に✓願います) | <input type="checkbox"/> 保険証 * 公費負担の方は「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。

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 放射線診療部核医 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)