

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
			年	月	日	時	分
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	<input type="checkbox"/> フルシクロピン(アキュミン®)PET/CT検査						
	<input type="checkbox"/> 保険 以下、全てに該当している ・初発の悪性神経膠腫が疑われる患者における腫瘍の可視化 ただし、磁気共鳴コンピューター断層撮影検査による腫瘍摘出計画時における腫瘍摘出範囲の決定の補助に用いる 該当する□に✓願います <input type="checkbox"/> 悪性神経膠腫疑い <input type="checkbox"/> 初発の患者 <input type="checkbox"/> 腫瘍摘出術を実施予定						
	<input type="checkbox"/> 保険適用要件に該当しない ※検診目的のご依頼はお受けできません。						
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(検査当日に結果をお渡しすることは出来ません。 翌日の9時以降でのお渡しとなります。)			
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。 ※脳MRI検査歴がある場合は、直近で撮影された画像をお持ちください。読影の参考に致します。 <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)