

RI 検査 申込用紙兼 紹介状 (診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名： 様 紹介元医療機関の名称・所在地
生年月日： 年 月 日 〒
住 所：
電 話：
F A X：
医 師 名：
電 話：
(RI 検査前日連絡先：)

検査日時： 年 月 日 () 時

[診断名、主症状、検査目的、指示などをご記載ください]

[必要な検査の項目をご指定ください]

骨シンチ

甲状腺シンチ (テクネ ・ タリウム)

Ga(ガリウム)シンチ

RI
(核医学)

安静心筋シンチ (タリウム)

脳血流シンチ (ECD)

唾液腺シンチ

その他 ()

依頼医師確認事項：以下の項目のチェックをお願いいたします。

女性の場合、妊娠の可能性はない。

(授乳中の場合は、事前にRI検査室：045-316-4580 にお問い合わせください)

[お電話で検査予定日が確定いたしましたら、当日はご本人が持参するようご説明をお願いいたします]
横浜市立市民病院 患者総合サポートセンター 電話：045 316 6540