

# 核医学検査（R I）検査申込書（診療情報提供書）

市立三次中央病院

作成日：令和 年 月 日

放射線科 R I 担当医

FAX 0824-65-0159

TEL 0824-65-0239 (地域医療連携室)

※受付時間は  
平日(月～金)8:30～16:30です。

紹介元	名称	
	所在地	〒
	医師名	印
	TEL	
	FAX	

患者情報	フリガナ		旧姓		性別	男・女
	氏名		生年月日	M・T・ S・H・R 年 月 日生 ( 歳)		
	現住所	〒				
	当院のID番号がございましたら記入して下さい					
	電話番号	自宅・職場・携帯	① - -	② - -		

※検査希望日は2診療日以降の日にちを記入ください。(翌診療日の予約はとれません。)

検査項目	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(負荷無し)
	<input type="checkbox"/> アシアロシンチ	<input type="checkbox"/> Diamox負荷脳血流シンチ
	<input type="checkbox"/> DAT脳血流シンチ(パーキンソン症候群)	<input type="checkbox"/> その他 ( )
検査希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 希望日あり	第1希望： 令和 年 月 日 第2希望： 令和 年 月 日
傷病名		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖値： mg/dl) (糖尿病薬： <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 内服)	
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容： )	
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
その他 既往歴 家族歴		
身長・体重	身長： cm 体重： kg	
症状経過 検査結果 治療経過	腫瘍マーカー・その他 (血液データ)	
	検査日	/ /
	CEA	
	CA19-9	
	CA125	
	AFP	
	SCC	
	CRP	
	血糖	
現在の処方		
その他		