

# + 高知赤十字病院 核医学検査 依頼票

フリガナ 患者氏名		様
( T ・ S ・ H )		
生年月日	年 月 日	( 男 ・ 女 )
身長	cm	・ 体重 kg
*高知赤十字病院でのID: (当院受診歴のある方)		
※受診予定日にお返事が間に合わない場合はご連絡させていただきます。		
貴院次回 受診予定日	未定 ・ 平成 年 月 日	

依頼施設名 :
電話番号 :
FAX番号 :
依頼医師 :
FAX送信者名 :

※検査日時はお電話にて調整させていただきます。  
 「紹介患者事前受付用保険情報FAX用紙」、「診療情報提供書」も一緒にFAXお願いします。

### 【検査項目】

1.脳・神経	<input type="checkbox"/> 脳血流(ECD)	<input type="checkbox"/> 脳血流(IMP)	<input type="checkbox"/> ダットスキャン
2.内分泌	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 副甲状腺	<input type="checkbox"/> 副腎 ( 皮質 ・ 髄質 )
3.呼吸器	<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> 肺換気	
4.循環器	<input type="checkbox"/> 心筋 (循環器内科へ紹介)	<input type="checkbox"/> 心臓交感神経(MIBG)	<input type="checkbox"/> 心臓脂肪酸代謝(BMIPP)
5.消化器	<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> メッケル憩室
6.泌尿器	<input type="checkbox"/> 糸球体濾過率(DTPA) 利尿負荷( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	<input type="checkbox"/> 腎血漿流量(MAG3) 利尿負荷( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	
7.骨・関節	<input type="checkbox"/> 骨シンチ		
8.腫瘍・炎症	<input type="checkbox"/> Gaシンチ	<input type="checkbox"/> Tlシンチ	
9.その他	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

### 【患者情報】

歩行状態	<input type="checkbox"/> 単独歩行	<input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 担送
妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
授乳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		

備	考
---	---