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）	依 頼 施 設 名 ： 電 話 番 号 ： F A X 番 号 ： 依 頼 医 師 ： FAX送信者名　：

※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

※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」もご一緒にFAXお願いします。

【検査項目】

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

【患者情報】

歩 行 状 態	☐ 単独歩行　☐ 介助歩行　☐ 車椅子　☐ 担送
妊　　娠	☐ なし　☐ あり
授　　乳	☐ なし　☐ あり

備　　考

日本赤十字社
Japanese Red Cross Society