

RI 検査 依頼書

氏名

生年
月日
性別

紹介医院名 () 依頼医 () 印

検 査 日 年 月 日

検査CD搬送 ☐ 患者受け渡し
☐ 郵送
(基本的に当日患者へ直接受け渡しです)
読影 ☐ 要 ☐ 不要
体重 Kg

事前確認事項

体内埋込金属 ☐ 無 ☐ 有
()
手術の既往歴 ☐ 無 ☐ 有
()
※シャント肢 ☐ 右腕 ☐ 左腕
☐ その他 ()
※乳がんOPE歴 ☐ 無
☐ 有 (☐ 右 ・ ☐ 左)
静脈穿刺難易度 ☐ 難
☐ ふつう
☐ 優しい
消毒アルコール ☐ 可 ☐ 不可
不整脈 ☐ 無 ☐ 有
HB s 抗原 ☐ - ☐ + ☐ 未検
HCV抗体 ☐ - ☐ + ☐ 未検
患者搬送状態 ☐ 歩行
☐ 車椅子
☐ ストレッチャー
妊娠中 ☐ 無 ☐ 有
授乳中 ☐ 無 ☐ 有

検査部位

☐ 脳血流(IMP)

☐ 脳 Datスキャン

☐ 心筋 2核種 (BMIPP TI)

☐ 心筋交感神経 (MIBG)もの忘れ earlyのみ

特記事項

臨床診断又は検査目的 :