

RI 検査 依頼書

紹介医院名 () 依頼医 () 印

検査日 年 月 日

氏名

生年
月日

性別

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

無 有

HBs 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 Tl)

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 :