

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 <input type="checkbox"/> 患者受け渡し <input type="checkbox"/> 郵送 (基本的に当日患者へ直接受け渡しです)	事前確認事項	
読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	体内埋込金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
体重 Kg	手術の既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

検査部位	
<input type="checkbox"/> 脳血流(IMP)	<input type="checkbox"/> 心筋(MIBG)
<input type="checkbox"/> 脳血流(ECD)	<input type="checkbox"/> 骨(MDP)
<input type="checkbox"/> 脳血流(核種指定なし)	<input type="checkbox"/> 炎症(Ga)
<input type="checkbox"/> 脳 Datスキャン	<input type="checkbox"/> 腫瘍(Ga)
<input type="checkbox"/> 心筋 2核種(BMIPP TI)	
<input type="checkbox"/> その他()	

※シャント肢 <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> その他()
※乳がんOPE歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)
静脈穿刺難易度 <input type="checkbox"/> 難 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 優しい
消毒アルコール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
不整脈 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
HB s 抗原 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検
HCV抗体 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検
患者搬送状態 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
妊娠中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
授乳中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

特記事項

臨床診断又は検査目的：