

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)	手術の既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
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	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

検査部位		検査部位(動態及び代謝)
<input type="checkbox"/> 脳血流(IMP)	<input type="checkbox"/> 心筋(MIBG)	<input type="checkbox"/> 腎レノグラム(MAG3)
<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)	その他
<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)		

特記事項

臨床診断又は検査目的：