

# SPECT-CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

年 月 日

医療法人 医誠会  
 医誠会国際総合病院 核医学診断センター  
 担当先生御侍史

病院名  
 住 所  
 診 療 科  
 医 師 名

検査予約日時	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
--------	----------	-------	-----

フリガナ		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
患者氏名		女	連絡先電話番号 - -
依頼内容	【頭部】 <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(安静) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> てんかん焦点シンチ 【頸部】 <input type="checkbox"/> テクネシウム甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 唾液腺シンチ <input type="checkbox"/> 頸部タリウムシンチ 【心臓】 <input type="checkbox"/> 心筋血流シンチ(安静) <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ <input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝シンチ <input type="checkbox"/> 心アミロイドーシスシンチ <input type="checkbox"/> 2核種心臓シンチ 【胸腹部】 <input type="checkbox"/> 肺血流シンチ <input type="checkbox"/> 肝静態シンチ(肝・脾) <input type="checkbox"/> 肝アジアロシンチ <input type="checkbox"/> 肝・胆道シンチ <input type="checkbox"/> 腎静態シンチ <input type="checkbox"/> 腎動態シンチ <input type="checkbox"/> 副腎髄質シンチ <input type="checkbox"/> メッケル憩室シンチ 【全身】 <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> タリウム腫瘍シンチ		
臨床診断			
検査目的			
チェック項目	アルコール過敏症はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
備考	歩行 : 可・不可 介助 : 要・不要 閉所恐怖症 : なし・あり 感染症 : なし・あり (HBV(+) 妊娠 : なし・あり		
その他			

1. 検査予約日時の変更・取り消しは、検査前日(前日が祝日の場合は前々日)の正午まで、土日祝を挟む場合は前週の金曜日(祝日の場合は木曜日)までに、核医学診断センターまでご連絡ください。  
 ※検査によってはキャンセル期限がより早い場合がございます。別紙の検査説明をご確認ください。
2. この検査依頼書に記載されている個人情報、SPECT-CT検査目的以外に利用いたしません。

医療法人医誠会 医誠会国際総合病院 核医学診断センター 〒530-0052 大阪市北区南扇町4-14

【 受付時間 月～金 8:30 - 17:00 】 TEL 0570-099166 FAX 06-4301-5645