

# 核医学(RI)検査依頼書

(この依頼書は事前に届くようお願いいたします)

札幌麻生脳神経外科病院 宛  
(TEL)011-731-2321(FAX)011-731-0559

検査依頼日 年 月 日

御紹介医療機関名	
電話番号	TEL
御紹介医	先生

フリガナ		性別	男性・女性
氏名	様	生年月日	M・T 年 月 日 S・H ( 歳)
連絡先	TEL	身長体重	cm kg
次回受診予定日	月 日	当院受診歴	無・有

脳	<input type="checkbox"/> 脳血流(安静時) <input type="checkbox"/> ドーパミン(DAT) <input type="checkbox"/> 神経受容体(BZR) <input type="checkbox"/> 脳腫瘍( <sup>201</sup> Tl)
全身	<input type="checkbox"/> 骨(MDP) <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症( <sup>67</sup> Ga) <input type="checkbox"/> 腫瘍( <sup>201</sup> Tl)
心筋	<input type="checkbox"/> 血流(安静時) <input type="checkbox"/> 脂肪酸代謝(BMIPP) <input type="checkbox"/> 交感神経(MIBG)
その他	<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>99m</sup> Tc、 <sup>201</sup> Tl、 <sup>123</sup> I) <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 肝アシアロ <input type="checkbox"/> 腎動態
上記以外	( シンチ) (部位 )

特記すべき事項、部位がございましたらお書き下さい。

臨床経過・診断:

患者様にお伝え下さい。 検査予約日時: 月 日 ( ) 時 分

- ・保険証をお持ちになり、30分前までに受付を済ませて下さい。
- ・当日は、受付→診察(初診のみ)→検査→会計 となります。