

核医学検査申し込み依頼・紹介状
予約専用直通電話 048-648-5310 (ご利用時間 午前9:00～午後5:00)

依頼年月

令和 年 月 日

依頼施設

依頼医師

電話

- -

FAX

- -

※患者番号

※自治医科大学附属さいたま医療センターのID番号がある場合にご記入願います。

ふりがな

患者氏名

年齢

歳

生年月日

年

月

日

性別 (男 / 女)

連絡先電話

- -

依頼検査

- 1) 骨シンチ 2) ガリウムシンチ 3) ダクトスキャン 4) 肺血流シンチ 5) 唾液腺シンチ
6) 脳血流 (^{123}I -IMP ・ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -ECD) シンチ (負荷あり可) 7) 副甲状腺 (MIBI) シンチ
8) MIBG安静心筋シンチ 9) その他 _____ (要連絡)

診断名・

検査理由

患者

基本情報

- 1) アレルギーの有無 なし あり (内容 _____)
2) 妊娠の有無 なし あり

以下は、ご記入いただくなくて結構です。

先生御机下

受付日 ____月____日

医師名 _____

ご紹介ありがとうございました。検査を以下の日時でご予約させていただきました。

検査名 :

注射日 : 令和 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分

検査日 : 令和 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分

2回目 : 令和 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分

【患者の皆様へ】

- 検査時間の60分前までに初診受付へお越しねがいます。
○予約変更の際には、お申込みいただいた医療機関へご連絡願います。
※ダクトスキャンを施行した場合は、お車でのご来院はお控えください。

【ご依頼いただきました医療機関様】

- ご参考させていただくX線フィルム等がありましたら、患者様にお渡し願います。
○ご紹介状を別にお願います。(この用紙をご持参いただいても結構です)
○予約変更の際には、速やかに下記までご連絡をお願い致します。
自治医科大学附属さいたま医療センター中央放射線部 核医学検査室 048-648-5310

【FAX番号】 048-782-6205