東札幌病院　RI検査依頼書・診療情報提供書

御依頼医療機関名	御依頼医師
	実施年月日　　年　　月　　日
電話番号：	注　射　　時　　分
FAX番号：	撮　影　　時　　分
ID： フリガナ： 患者氏名： ☐ 男　☐ 女	検査部位 ☐ 脳血流　☐ 心筋（I-MIBG）　☐ 骨 ☐ 脳槽　☐ 心筋（QGS）　☐ ガリウム ☐ 甲状腺（Tc）　☐ 肝（GSA）　☐ 骨髄 ☐ 甲状腺（TI）　☐ 消化管出血　☐ ☐ タンパク漏出　☐ 甲状腺ヨード摂取率　☐ ☐ 副甲状腺　☐ レノグラム　☐ ☐ 心筋（TI）　☐ レノグラム（負荷）　☐ ☐ 心筋（I-BMIPP）　☐ 副腎（髄質）
生年月日　　年　　月　　日	
ご住所：	
電話番号：	感染症　☐ 無　☐ 有　（　　）
身長　　cm　　体重　　kg	ｱﾚﾙｷﾞｰ　☐ 無　☐ 有　（　　）

臨床診断名	
検査目的　※読影上必要ですので、必ずご記入ください	

検査予約は、東札幌病院　放射線科へ電話にてお申し込みください（TEL：011-555-3347）
（月～金：9:00～17:00、土：9:00～12:00）
手術依頼の際は、東札幌病院　地域連携室にFAX送信してください（FAX：011-817-5130）

検査当日、御用意いただくもの	・本書（検査依頼書）	・「説明・承諾書」（造影の場合）
	・健康保険証（マイナ保険証）	・お持ちの方は、受給者証等