

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：	検査部位		
フリガナ：	☐ 脳血流	☐ 心筋（I-MIBG）	☐ 骨
患者氏名：	☐ 脳槽	☐ 心筋（QGS）	☐ ガリウム
	☐ 甲状腺（Tc）	☐ 肝（GSA）	☐ 骨髄
☐ 男 ☐ 女	☐ 甲状腺（TI）	☐ 消化管出血	☐
生年月日 年 月 日	☐ タンパク漏出	☐ 甲状腺コード摂取率	☐
ご住所：	☐ 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）	
電話番号：	感染症 ☐ 無 ☐ 有 （ ）		
身長 cm 体重 kg	アレルギー ☐ 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）	
検査当日、御用意いただくもの	・本書（検査依頼書） ・「説明・同意書」 ・健康保険証（マイナ保険証） ・お持ちの方は、受給者証等