

RI検査依頼書

当院カルテNo.

【委託検査取扱】

施設名

先生

カナ		生年	年	性別
患者氏名		月日	月 日 生	男
			(歳 ヶ月)	女

【検査日時】

※注射日時 年 月 日 時 分から

※撮影日時 年 月 日 時 分から

【検査項目】

1.脳・神経	<input type="checkbox"/> ^{123}I 脳血流定性（認知症検査）
	<input type="checkbox"/> ^{123}I 脳血流定量（薬剤負荷：なし・あり・RAMDA法）
	<input type="checkbox"/> ダットスキャン（ドパミントランスポ-ター）
2.内分泌	<input type="checkbox"/> 甲状腺（ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ ）
	<input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 副腎（皮質・髓質）
3.呼吸器	<input type="checkbox"/> 肺血流
4.循環器	<input type="checkbox"/> 心筋（薬剤負荷：なし・あり）
5.泌尿器	<input type="checkbox"/> 腎動態（DTPA・MAG3） <input type="checkbox"/> 腎静態
6.骨・関節	<input type="checkbox"/> 骨シンチ
7.腫瘍・炎症	<input type="checkbox"/> Gaシンチ
8.その他	<input type="checkbox"/> MIBG（認知症・心臓・褐色細胞腫）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

【検査目的ならびに備考】

--

【患者状態】

1.患者区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
2.歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
3.オムツ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
4.小児領域	身長 cm 体重 kg
5.その他	()

■ 薬液の発注がありますので、撮影希望日の3日前までご連絡をお願いいたします

■ 薬剤負荷検査のご依頼につきましては、原則、医師ならびに看護師の同行をお願いしています

■ 医療機関間の請求となりますので、撮影時の自己負担は発生いたしません

■ オ-ダ-の確認と撮影当日の本人確認や依頼書保管をしますので確定後にFAX送信下さい

公立藤田総合病院 放射線室・地域医療連携課

※問合せ先 電話(代表)024-585-2121(内線6213) FAX024-585-2350

2021年03月様式