

画像診断検査依頼兼診療情報提供書 (FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。 1. 無 2. 有		→ 診察券番号		0	
フリガナ 受診者氏名		男 女	生年月日	T · S · H · R 年 月 日 歳	
受診者住所 電話番号(連絡先)					
検査日	年 月 日 ()	午前 午後	時	分	
依頼医療機関名 所在地 医師名			TEL		
			FAX		
依頼される 画像診断検査 (※番号を○で 囲ってください)	《PET-CT検査》 1. FDG 2. FDG(心臓) 3. FDG(血管炎) 4. その他()		《シンチグラム検査》 1. 骨シンチ、 2. 肺血流シンチ 3. 脳血流シンチ、 4. 安静心筋血流シンチ 5. 123I-MIBG心筋交感神経シンチ 6. 脳ドーパミントランスポータシンチ(ダットスキャン) 7. ソマトスタチン受容体シンチ(オクトレオスキャン) 8. その他()		
検査結果について (①②より選択下さい)	①郵送希望(検査日の翌日発送予定。結果到着まで2、3日をみて下さい) ②手渡し希望(検査終了後、結果をお渡し出来るまで患者様には2、3時間お待ち頂くことをご説明下さい)				
検査日にご持参 いただくもの (※□に✓願います)	☐ 保険証 * 公費負担の方は「医療証」もご持参ください ☐ 紹介状・参照過去画像(CD・フィルム) ※返却が必要である場合は必ず明記して下さい。 ☐ その他(具体的に:)				
★検査目的および臨床情報(読影に必要です。詳しくご記入願います。)					

(注)ご紹介いただく先生方へ 太枠の内の必要事項をご記入ください。

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 放射線核医学科 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
 【予約受付】 TEL 03(5273)6881(核医学専用ダイヤルイン)
 【問い合わせ】 TEL 03(3202)7181(代表) 核医学受付2390(内線)