石巻赤十字病院　総合患者支援センター行　FAX:0225-23-0071　　送信日　　年　　月　　日

診療情報提供書（核医学検査申込書）

石巻赤十字病院

放射線診断科　担当医　宛

紹介元医療機関名

診療科

担当医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ	性別	生年月日	年　月　日
名前			
住所　〒			

検査の種類　（下記項目よりお選びください）

☐ 骨シンチ　☐腎シンチ（ ☐DMSA　☐レノグラム）　☐ ガリウムシンチ　☐ MIBG心筋シンチ

☐ ドパミントランスポーターシンチ（DAT）　☐ 脳血流シンチ（ ☐IMP　☐ECD）

☐ その他　（　　）

臨床診断名

検査目的

現病歴及び所見（既往歴、症状経過、検査結果、治療経過、現在の処方など）

●検査に関する確認事項

①喘息・アレルギー　☐ なし　☐ あり

②アルコールアレルギー　☐ なし　☐ あり

※「あり」の場合、ドパミントランスポーターシンチは申込できません。（検査で使用する薬剤にアルコールが含まれるため）

③感染症　☐ なし　☐ あり

④妊娠の可能性　☐ なし　☐ あり

⑤現在貴院にて　☐ 外来通院中　☐ 入院中

⑥身長・体重（※腎シンチのみ記入）　身長　（　　cm　）　体重　（　　kg　）

⑦その他　（　　）

⑧検査当日来院方法　☐ ストレッチャー※該当ある場合のみチェック（9:00予約の場合、8:30以降の移乗対応となります）

都合の悪い日、曜日があればお書きください

医療関係者各位

1　予約日が決まりましたら、「予約票」を返信します。
2　お手数ですが、患者さんへ検査についての説明および同意をいただくようお願いします。
3　予約当日は、診療情報提供書（原本）「予約票」「マイナンバーカード又は保険証」を持参するよう患者さんへ案内をお願いします。
4　当検査申込み書に記入する個人情報については、検査に必要な患者登録、検査予約等の業務にのみ利用します。

問い合わせ先　　石巻赤十字病院　総合患者支援センター　　TEL:0225-21-7240（直通）

Ver.4