

R I 検査申込書 兼診療情報提供書

【FAX 0120-503-620】

市立函館病院 地域医療連携室行き

市立函館病院

放射線科 小川 肇 先生 御机下

依頼元医療機関・医師

㊟

(ふりがな)		申込日時： 年 月 日										
患者氏名： 様	年 月 日生	才 男・女										
希望検査日： 年 月 日	R I 検査歴：有（ 年 月ころ）・無											
検査部位（☑をお付け下さい） <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 骨シンチ</td> <td><input type="checkbox"/> 心筋（MIBG）SPECT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ガリウムシンチ</td> <td><input type="checkbox"/> 脳血流SPECT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 安静時心筋血流SPECT</td> <td><input type="checkbox"/> 肝（GSA）シンチ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心筋（BMIPP）SPECT</td> <td><input type="checkbox"/> ダットスキャン</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋（MIBG）SPECT	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> 脳血流SPECT	<input type="checkbox"/> 安静時心筋血流SPECT	<input type="checkbox"/> 肝（GSA）シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋（BMIPP）SPECT	<input type="checkbox"/> ダットスキャン	<input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）	
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋（MIBG）SPECT											
<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> 脳血流SPECT											
<input type="checkbox"/> 安静時心筋血流SPECT	<input type="checkbox"/> 肝（GSA）シンチ											
<input type="checkbox"/> 心筋（BMIPP）SPECT	<input type="checkbox"/> ダットスキャン											
<input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）												
病歴・検査目的（☑をお付け下さい） <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 別紙の通り</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 以下の通り</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>			<input type="checkbox"/> 別紙の通り	<input type="checkbox"/> 以下の通り								
<input type="checkbox"/> 別紙の通り												
<input type="checkbox"/> 以下の通り												
特記事項												

☆☆☆市立函館病院から依頼元医療機関さまへ☆☆☆

※検査は混み合っておりまして、希望検査日に沿えない場合がありますので、ご了承ください。

※検査終了後の所見および画像（CD-R）は後日、ご依頼元の医療機関へ郵送いたします。

なお、メディカ（ID-Link）へ参加の医療機関は患者さんの同意書を添付いただきますと、検査終了後すぐに画像をご覧いただけます。

市立函館病院 地域医療連携室 TEL（直通）0120-506-280