

FAX 送信用 (貴院 大田記念病院)

核医学撮影依頼伝票

平成 年 月 日

脳神経センター大田記念病院放射線科 行

依頼医療機関名 _____ FAX() -
TEL() -
医師氏名 _____

| | |
|-------------|-----------------------|
| フリガナ | 生年月日 |
| 患者氏名 男・女 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 住所 〒 | |
| 連絡先 | |

当院受診歴 あり・なし
妊娠 あり・なし
授乳 あり・なし

| | |
|-----------------------|------------------------|
| 診断名 | 主症状 |
| 撮影目的 | 撮影条件 (特に希望があればご記入ください) |
| 撮影種別 | |
| 脳血流 SPECT 定量 (負荷あり) | 脳血流 SPECT 定量 (負荷なし) |
| 脳血流 SPECT 非定量 (認知症など) | 脳神経受容体シンチ(123-I-IMZ) |
| 骨シンチ | 腫瘍炎症シンチ (67-Ga) |
| 腎動態シンチ(レノグラム) | 心筋交感神経シンチ |
| 脊髄腔・脳槽シンチ (原則入院) | |
| その他 () | |

読影レポート 至急 (当日 FAX) 翌日 (要 FAX・郵送)

| | | |
|----------|---------|---------|
| 検査日 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| (月 日) | (月 日) | (月 日) |

受付時間 月曜～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30

医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院 地域医療連携室 (直通) FAX(084)928-2769
放射線科 (内線 141) TEL(084)931-8650