

# 核医学検査申し込み依頼・紹介状

予約専用直通電話 048-648-5310 (ご利用時間 午前9:00～午後5:00)

依頼年月

令和 年 月 日

依頼施設

依頼医師

電話 - -

FAX - -

※患者番号

※自治医科大学附属さいたま医療センターのID番号がある場合にご記入願います。

ふりがな

患者氏名

年齢  歳 生年月日 年 月 日 性別 (男 / 女)

連絡先電話 - -

依頼検査

1) 骨シンチ 2) ガリウムシンチ 3) タクトスキャン 4) 肺血流シンチ 5) 唾液腺シンチ  
6) 脳血流 ( $^{123}\text{I}$ -IMP・ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -ECD) シンチ (負荷ありも可) 7) 副甲状腺 (MIBI) シンチ  
8) MIBG安静心筋シンチ 9) その他 \_\_\_\_\_ (要連絡)

診断名・

検査理由

患者

基本情報

1) アレルギーの有無 なし あり (内容 )  
2) 妊娠の有無 なし あり

以下は、ご記入いただかなくて結構です。

受付日 \_\_\_\_月\_\_\_\_日

先生御机下

医師名 \_\_\_\_\_

ご紹介ありがとうございました。検査を以下の日時でご予約させていただきました。

検査名 :

注射日 : 令和 年 月 日 ( ) 午前 / 午後 時 分

検査日 : 令和 年 月 日 ( ) 午前 / 午後 時 分

2回目 : 令和 年 月 日 ( ) 午前 / 午後 時 分

【患者の皆様へ】

- 検査時間の60分前までに初診受付へお越しねがいます。
- 予約変更の際には、お申込みいただいた医療機関へご連絡願います。
- ※タクトスキャンを施行した場合は、お車でのご来院はお控えください。

【ご依頼いただきました医療機関様】

- ご参考にさせていただくX線フィルム等がありましたら、患者様にお渡し願います。
  - ご紹介状を別にお願います。(この用紙をご持参いただいても結構です)
  - 予約変更の際には、速やかに下記までご連絡をお願い致します。
- 自治医科大学附属さいたま医療センター中央放射線部 核医学検査室 048-648-5310

【FAX番号】 048-782-6205