

年 月 日

## 核医学（R I）検査 依頼書（診療情報提供書）

紹介元医療機関名	医師名
所在地 〒	印
TEL(        -        -        )	FAX(        -        -        )

フリガナ		明・大・昭・平・令	年	月	日生
患者氏名		男・女		(	歳)
住所		TEL			

検査日時

身長                  cm / 体重                  kg

年        月        日 (        ) 午前・午後        時        分

### 1.依頼される検査にレ点を入れてください

- 骨 シンチグラフィ
- 脳血流 シンチグラフィ
- 脳ドパミン シンチグラフィ(DATscan)
- 甲状腺テクネシウム シンチグラフィ
- 甲状腺タリウム腫瘍 シンチグラフィ
- 腎動態 シンチグラフィ(レノグラム)

### 2.臨床診断・現病歴など

### 3.依頼目的

### 4.妊娠の有無 (有・無)

妊娠中の場合、胎児への被ばくの可能性があることを説明して同意を得てください  
検査用医薬品の注射後、24時間は乳幼児への授乳は避けてください