

核医学(RI)検査予約申込書

(診療情報提供書)

佐久市立国保 浅間総合病院 地域医療連携室

FAX : 0267-67-4920

TEL 0267-67-2295 内線1050

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	医療機関名
生年月日 M・T・S・H 年 月 日			御担当医
住所			電話番号
電話 ()			FAX
浅間総合病院受診暦 <input type="checkbox"/> あり 診察券番号がわかればご記入下さい。(- -) <input type="checkbox"/> なし			
希望日時	① 平成 年 月 日 () AM・PM : 頃		
	② 平成 年 月 日 () AM・PM : 頃		
	③ 平成 年 月 日 () AM・PM : 頃		
検査結果	画像形態 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R 画像送付方法 <input type="checkbox"/> 患者様お持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送		読影希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (読影結果は1週間前後かかります)

検査種別			
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> Ga	<input type="checkbox"/> 脳血流()	<input type="checkbox"/> 甲状腺()
<input type="checkbox"/> 心筋()	<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> その他()	

診療情報提供書

臨床診断(傷病名又は主訴)	経過・症状
検査目的	
検査時の希望等	

- ・ 予約完了次第(30分以内)【RI検査予約票】を紹介医様にFAX送信致しますので、患者様にお渡し下さい。
- ・ 情報をFAXすることに関しましては患者様の同意を得て下さい。