# 三菱京都病院予約センター 行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ：０７５-３８１-２１７３

　ＲＩ検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 性別 | 男・女 | | 紹介元医療機関名　住所 | |
| 患者氏名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | 歳 | |
| 住所　〒　　　　－ | | | | | | ご担当医 | ㊞ |
| TEL | － |
| TEL | － | | | | | FAX | － |
| 病名 |  | | | | 既往歴 | |  |
| 経過等 |  | | | | | | |

**検査希望日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 希望なし | 第１希望　　　 月 　　日　（　　） | 第２希望　　 　月　　　日（　　） |

**検査結果報告**

|  |
| --- |
| **検査結果は、CD-R（またはDVD）を後日郵送いたします。** |

**検査部位・指示等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査部位  脳血流　　　　認知症診断 ► □ 血流分布　　　□ ＤＡＴ　 　□ ＭＩＢＧ  □ 血流状態（負荷試験なし）  □甲状腺　　　　□副腎髄質シンチ  □レノグラム　　□骨シンチ　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □心筋シンチ　　□心筋交感神経シンチ（ＭＩＢＧ）  **心筋シンチ時確認項目（必須）＊心筋シンチＭＩＢＧの場合は不要です** | | |
| ・  ・  ・  ・ | トレッドミル負荷試験  糖尿病  使用薬剤  結果説明について | ► □可能 □不可  ► □なし □あり  ► □ テクネシウム □ タリウム ※基本的にはテクネシウムになります。  ► □当院にて説明 □紹介元にて説明 |

20190701