

糸魚川総合病院の核医学検査事前申込書（FAX・メール用）

FAX 番号（直通）025-552-0815 E-mail: itohp-renkei@juno.ocn.ne.jp

糸魚川総合病院 地域連携室 行

（依頼元）医療機関名

電話番号

FAX 番号

医師名

検査希望日

第一希望 年 月 日 AM PM

第二希望 年 月 日 AM PM

第三希望 年 月 日 AM PM

A.脳血流検査 認知症解析（123I—IMP）	検査は 月・火・水・金の AM
B.ダットスキャン（123I—DAT） ※休薬が必要な場合あり。アルコール過敏症は慎重投与	検査は 月・火・水・金の AM
C.甲状腺摂取率（99mTc） ※検査前一週間に造影 CT を受けた場合、検査不可です	検査は 月・火・水・金の AM
D.骨シンチグラフィ ※撮影前の4時間前に薬剤を注射します	検査は 月・火・水・金の PM AM に薬剤投与
E.ガリウムシンチグラフィ ※撮影前の2日前 AM に薬剤を注射します	検査は 水・金の AM 2日前（月・水）に薬剤投与
F.腎レノグラム検査（99mTc-MAG3）	検査は 月・火・水・金の AM

臨床診断、検査目的（100文字以内でお願いいたします）

紹介患者情報

ふりがな 氏名 :	性別 男 女	生年月日		
		M T	年 月	日生
住所 :	TEL :	S H (歳)		

* FAX受付時間 平日 9:00~16:00

* ご不明な点等ありましたら、地域医療連携室あて
お問い合わせください。

糸魚川総合病院 地域医療連携室

TEL 025-552-0280 (内線 1362)

FAX 025-552-0815 (直通)

糸魚川総合病院への検査事前申込書(FAX・メール用)兼予約票

FAX番号025-552-0815(直通) / E-mail : itohp-renkei@juno.ocn.ne.jp / 電話番号025-552-0280(地域医療連携室内線1362)

糸魚川総合病院 地域医療連携室 行 送付日 年 月 日

(依頼元) 医療機関名 様 電話番号

医師名 様 FAX番号

申し込み患者情報

ふりがな

氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 (T ・ S ・ H) 年 月 日

住所

電話番号 — —

検査内容 : 該当する項目に○をしてください

CT MRI マンモグラフィー

部位 : 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 四肢 ・ (その他)

※MRI検査は複数部位の撮影を行いません、必ず撮影部位を単一部位で申し込みいただきますようお願いいたします

単純 ・ 造影 or Dynamic

【※造影検査を希望の場合は必ず同意書を紹介状に同封してください】

検査目的・撮影指示などを記入ください(簡単に結構です)

予約希望日

・ いつでもよい、もしくは AM / PM の時間帯のみ指定

・ 第1希望 : 月 日 (曜日) (AM ・ PM) 時頃

・ 第2希望 : 月 日 (曜日) (AM ・ PM) 時頃

・ 不都合日 : 月 日 ,

予約日の返答は ⇒ ・ 至急 (患者様がお待ちです) ・ 本日中 時頃まで ・ 後日

予約日時

・ 上記お申し込み内容で 月 日 曜日 時 分に
検査予約を受け承りました。当用紙をご本人にお渡しください

※検査当日は予約時間の15分前には糸魚川総合病院放射線科受付へおこし下さい

※診療情報提供書は 月 日 までに当院放射線科までお届けください

検査当日(患者様へ)

①糸魚川総合病院医事課受付に、当予約票、保険証、診察券(お持ちの方)をご提示ください

②放射線科窓口に、当予約票、紹介状(お持ちの方)、診察券(お持ちの方)をご提示ください

※外来が込み合う場合には、お待ちいただくことがあります

・変更・キャンセル・検査内容の問合せなどは放射線科(内線2610)へお願いします H2018.11 作成