

(患者様用)

核医学検査を受けられる方

予約日時 : 月 日 ()

注射 :

撮影 :

(1) 食事は指示がなければ普通に摂っていただいて結構です。

(2) 検査予約日に来院できないときは、必ず前日までに受診されている病(医)院までご連絡ください。

検査当日は予約時間30分前にお越しください。

1. 1階 初診受付 にて受付登録します。
保険証・紹介元で預かった書類をお出してください。
当院の診察券をお持ちの方は、その際にお出してください。
2. 終了後 1階 放射線科受付 までお越しください。
3. 検査室へご案内いたします。

検査日 : 月 日 (注射)

(撮影)

核医学検査依頼伝票

依頼施設名

依頼医師名

氏名	:	
フリガナ	:	
生年月日	:	昭和・平成 年 月 日
性別	:	男・女

患者状態	:	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー・ベッド
感染症	:	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無	
既往手術歴	:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	手術部位 ()

検査部位	:	<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	

臨床診断と検査目的 (診療情報提供書に記入していただければこの欄は空白で結構です)