

(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) 検査予約日に来院出来ない時は、必ず前日までに受診されている病(医)院までご連絡下さい。

検査当日は予約時間 30 分前にお越し下さい。

1. 1階 地域医療連携室 にて受付登録をします。

保険証・紹介先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 までお越し下さい。

3. 検査室へご案内いたします。

JCHO 埼玉メディカルセンター 048-832-4951

(旧 埼玉社会保険病院)

検査日 : 月 日 (注射)
(撮影)

核医学検査依頼伝票

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・ベット
感染症 :	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

検査項目 :	<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)