

# RI 検査依頼書（診療情報提供書）

ご依頼元控

注射日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分
測定日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分
患者さまお名前							様	才 男 ・ 女
連絡先		（                      ）			—			
医療機関名						診療科		
担当医				先生		TEL（      ）		—
身長		.                      c m		体重		.                      k g		
<p>検査名</p> <p><input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ      (タリウム・テトロホスミン)</p> <p><input type="checkbox"/> 安静心筋シンチ      (タリウム・テトロホスミン・BMIPP・MIBG・Tc-ピロリン酸)</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血流シンチ                      <input type="checkbox"/> DAT スキャン</p> <p><input type="checkbox"/> 骨シンチ                              <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ</p> <p><input type="checkbox"/> 肝アシアロシンチ                  <input type="checkbox"/> 肝胆道シンチ</p> <p><input type="checkbox"/> テクネ甲状腺シンチ              <input type="checkbox"/> タリウム腫瘍シンチ      (脳、甲状腺、縦隔)</p> <p><input type="checkbox"/> レノグラムシンチ</p>								
<p>病名、症状、既往歴、手術歴等</p>  <p>検査目的</p>								
<p>担当の先生へのおねがい</p>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 検査時に麻酔・鎮静剤等が必要な場合には、担当医が同伴して下さい。</li> <li>○ 骨、Ga、肝シンチ検査前は、バリウム検査を施行しないで下さい。</li> <li>○ インスリンや経口血糖降下剤を使用中の患者さまは、食事制限をしないで下さい。</li> <li>○ 検査予約連絡用紙を FAX しますので、ご確認下さい。</li> <li>○ 検査を中止される場合は前日までにご連絡下さい。</li> </ul>								

# RI 検査依頼書（診療情報提供書）

愛寿会同仁病院控

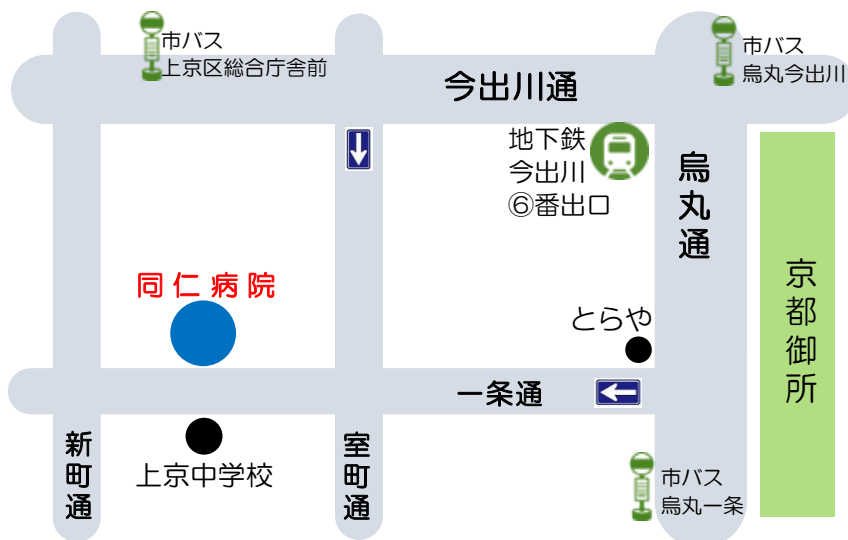
注射日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分					
測定日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分					
患者さまお名前							様	才	男	・	女		
連絡先		（			）		—						
医療機関名							診療科						
担当医							先生		TEL		（	）	—
身長		.	cm		体重		.	kg					
<p>検査名</p> <p><input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ（タリウム・テトロホスミン）</p> <p><input type="checkbox"/> 安静心筋シンチ（タリウム・テトロホスミン・BMIPP・MIBG・Tc-ピロリン酸）</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血流シンチ                      <input type="checkbox"/> DAT スキャン</p> <p><input type="checkbox"/> 骨シンチ                                <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ</p> <p><input type="checkbox"/> 肝アシアロシンチ                    <input type="checkbox"/> 肝胆道シンチ</p> <p><input type="checkbox"/> テクネ甲状腺シンチ                <input type="checkbox"/> タリウム腫瘍シンチ（脳、甲状腺、縦隔）</p> <p><input type="checkbox"/> レノグラムシンチ</p>													
<p>病名、症状、既往歴、手術歴等</p>  <p>検査目的</p>													
<p>担当の先生へのおねがい</p>													
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 検査時に麻酔・鎮静剤等が必要な場合には、担当医が同伴して下さい。</li> <li>○ 骨、Ga、肝シンチ検査前は、バリウム検査を施行しないで下さい。</li> <li>○ インスリンや経口血糖降下剤を使用中の患者さまは、食事制限をしないで下さい。</li> <li>○ 検査予約連絡用紙を FAX しますので、ご確認下さい。</li> <li>○ 検査を中止される場合は前日までにご連絡下さい。</li> </ul>													

## RI 検査依頼書 (患者さま用)

注射日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分			
測定日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分			
患者さまお名前							様	才	男	・	女
連絡先	( )						—				
医療機関名							診療科				
担当医							先生	TEL ( )	—		

### 患者さまへのおねがい

- 検査当日は健康保険証と検査依頼書をご持参の上、注射時間の15分前にお越しください。
- 検査によっては前処置を必要とするもの、検査に数日を必要とするものがありますので担当医にご確認ください。
- 検査は予約制になっており、検査に使用するお薬は前日より準備しますので、検査日(注射日)に来られない方は、前日までに必ず下記のところまでご連絡ください。



### 交通

- ・烏丸線今出川駅6番出口南へ徒歩5分  
(※エレベータご利用の方は3番出口烏丸通へ徒歩5分)
- ・市バス上京区総合庁舎前停南へ5分
- ・市バス一条戻橋・晴明神社前停東へ5分
- ・市バス烏丸一条停西へ5分

提携駐車場の情報はこちら



検査申込・お問い合わせ: あいじゅかいどうじん 愛寿会同仁病院 放射線科

〒602-0917 京都市上京区一条通新町東入東日野殿町 394-1

☎ 075-414-7501(直通), 075-431-3300(代表・内線123)