

## 綾部市立病院 RI 検査依頼表

注射日           年       月       日 (     )       午後       時       分  
 検査日           年       月       日 (     )       午後       時       分

患者様氏名	様                   男    ・    女
生年月日	M・T・S・H・R       年       月       日生                   歳
紹介病・院名	医師名

### 1. 依頼検査項目

検査部位 (使用薬剤)	目的臓器、主訴、臨床経過、臨床診断
脳血流	
脳       (DAT scan)	
心筋     (MIBG)	
その他 (        )	

### 2. 以下の項目についてご確認下さい。

RI予約票を患者様に渡していただきます。

- 1) CD(費用は患者様負担)                   (       要        ・       不要        )
- 2) 所見報告書の送付方法                   (       FAX        ・       郵送        )

※CD-R はパソコンで閲覧できます

※CD-R は郵送させていただきます

### ■おねがい ■

※本用紙を封筒に入れ、患者様にお渡しください。

また、検査依頼内容の事前確認のため、予約後、本用紙をFAX送付くださいますようお願い申し上げます。

※ご来院の際には保険証もご持参いただくようお願い申し上げます。

※検査内容については予約時に技師にお尋ねください。