**令和　　　年　　　月　　　日**

**秋田厚生医療センター　ＦＡＸ番号　０１８－８５７－２３２４**

**紹介患者用**

**ＲＩ検査申込書（兼）診療情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** | **性別　：　男　・　女**  **明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日生（　　歳）** |
| **患者名** |
| **紹介元医療機関名**  **主治医名** | |
| **検査項目（いずれか○で囲んでください）**    **骨　　・　　＊ガリウム　　・　　＊心筋交感神経機能**  **脳血流（ 123I-IMP ・　99mTc-HMPAO　・　99mTc-ECD　）**  **その他（　　　　　　　　　　　　　）**   * **＊は前処置が必要な検査になります。** | |
| **感染症　：　　　無　　・　　有（　　　　　　　　　　　）　　【体重　　　ｋｇ】** | |
| **臨床診断または主症状**  **検査目的**  **年　　　月　　　日から** | |
| **病院使用欄** | |
| **検査日　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　ＡＭ　　　　　　　　ＰＭ**  **患者ＩＤ番号** | |

【お問い合わせ】　秋田厚生医療センター　地域医療連携室　　TEL　０１８－８８０－３０５０