

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
患者名	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
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 ($^{123}\text{I-IMP}$ ・ $^{99\text{m}}\text{Tc-HMPAO}$ ・ $^{99\text{m}}\text{Tc-ECD}$) 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