

核医学(RI)検査予約申込書 (診療情報提供書)

佐久市立国保 浅間総合病院 医療連携係
FAX : 0267-67-4920(直通)
 TEL 0267-67-2295 (代)

フリガナ ()	性別	医療機関名 御担当医 電話番号 FAX
患者氏名 様	男・女	
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)		
住所 電話 ()		
浅間総合病院受診歴 <input type="checkbox"/> あり 診察券番号がわかればご記入下さい。(- -) <input type="checkbox"/> なし		
希望日時	① 20 年 月 日 () AM・PM : 頃	
	② 20 年 月 日 () AM・PM : 頃	
	③ 20 年 月 日 () AM・PM : 頃	
検査結果	画像形態 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	読影希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (読影結果は1週間前後かかります)
	画像送付方法 <input type="checkbox"/> 患者さん持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送	

検査種別			
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> Ga	<input type="checkbox"/> 脳血流()	<input type="checkbox"/> 甲状腺()
<input type="checkbox"/> 心筋()	<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> その他()	

診療情報提供書

臨床診断(傷病名又は主訴)	経過・症状
検査目的	
検査時の希望等	

- ・ 予約完了次第(30分以内)【RI検査予約票】をFAX送信致しますので、患者さんにお渡し下さい。
- ・ 情報をFAXすることに関しましては患者さんの同意を得て下さい。