診療情報提供書 b （高砂市民病院　核医学検査依頼用）　（依頼医院控）

ふりがな
患者氏名 ：　　性別 ： 男 ・ 女

生年月日 ： 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日

患者電話番号（なるべく携帯電話）　　－　　－

高砂市民病院受診歴 ： あり ・ なし

ID番号 □ □ □ ― □ □ □ ― □

依 頼 者 ：

（TEL）　　－　　－　　（FAX）　　－　　－

検査目的:

（至急で ・ 予約で）

感染症

□ B型肝炎　□ C型肝炎
□ Wa－R　□ 結 核
□ 肝機能障害　□ 肝硬変
□ 輸血（手術・事故等）
□ その他（　　）

妊娠・授乳の有無

□ 可能性なし（最終月経開始日確認 ）
□ 妊娠中　第　　週
□ 授乳中

手 術 歴

□ 無　□ 有　（　　）

実施済み関連検査（高砂市民病院・他院）

□ ＣＴ □ＭＲＩ □ 血管造影
□ その他（　　）

核医学検査　窓口負担額の説明

□ 済み　トラブル防止のため、必ずご説明をお願いいたします。

30分程度の臥床　□ 可
□ 不可 → 対処方法（　　）

高砂市民病院来院形態

□ 独歩　□ 車椅子　□ ベッド

500 ・ 核医学

心筋シンチグラフィー			その他のシンチグラフィー					
501		安静血流シンチ	511		骨シンチ			
505		脂肪酸代謝シンチ	514		脳血流シンチ（認知症脳機能解析）			
506		交感神経シンチ	515		脳血流シンチ（定量）			
			518		唾液腺シンチ			
			519		甲状腺シンチ			
			520		甲状腺摂取率			
			521		副甲状腺シンチ			

画像配布方法　（ ＣＤ ・ フィルム ・ 所見のみ ）

検査希望日 ： 検査を希望される時期、日時、曜日、または、都合の悪い日があれば、こちらに記入してください。

コード	方 法	予 約 日 時	コード	方 法	予 約 日 時
		月　日　曜日 午前 ・ 午後　時　分			月　日　曜日 午前 ・ 午後　時　分

○ご紹介患者さまの個人情報の取り扱いについて（高砂市民病院からのお知らせ）

上記情報につきましては、ご紹介患者さまご本人の同意を得たうえで、高砂市民病院検査予約センター（中央放射線室内）までFAX送信いただきますようお願いします。高砂市民病院へ提供していただいた情報につきましては、個人情報の保護に関する法律などの規定にもとづき、画像・生理検査に利用を限定しております。

高砂市民病院　検査予約センター（中央放射線室内）　FAX 079-442-3993

2012/3/30