FAX 番号 045-949-7137

# 診療情報提供書（シンチ検査依頼書）

昭和医科大学横浜市北部病院

| | |
|---|---|
| 北部病院 ID：<br><br>フリガナ<br>患者氏名 ： | 感染症<br>HBs 抗原 （ ＋ － 未 ）<br>HCV 抗体 （ ＋ － 未 ）<br>血清梅毒反応 （ RPR TPLA ）<br>MRSA （ ＋ － 未 ）<br>HIV抗原・抗体 （ ＋ － 未 ）<br>その他 （ ） |
| 生年月日 ：<br>（明・大・昭・平・令） 年 月 日 | |
| 性別 男 ・ 女 ／ 身長 cm 体重 kg | |
| 依頼医療機関名 ：<br><br>TEL（ － － ） | 出力方法<br><br>CD-ROM ・ フィルム |
| 依頼医師 ： | |

【医療機関記入欄】

検査予定日： 年 月 日 午前・午後 時 分

臨床診断（病名）

（病名は日本語で適切に記載願います）

臨床経過／検査対象病名／検査目的

薬剤アレルギー：（ 有 ， 無 ） 妊娠：（＋ ， － ）

※妊娠の可能性のある患者さんは検査を行えない場合があります。

検査の部位を〇で囲んで選択してください。

骨シンチグラム ガリウムシンチ

脳血流シンチ（ＥＣＤ） 脳血流シンチ（ＩＭＰ） ドパミン輸送体シンチ

その他（ ）

乳幼児がいる女性：（ ＋ ， － ） 授乳中：（ ＋ ， － ）

20250401 改訂