

R I 検 査 予 約 申 込 書

名寄市立総合病院 患者総合支援センター 宛

医療機関名			
診療科名		依頼医師名	
フリガナ			
患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)		
名寄市立ID			
希望日時	令和 年 月 日 () 時 分		
備 考	※上記希望日時欄に記載できない場合は、こちらにご記入下さい		
検査項目	☐ 心筋血流	☐ 安静	☐ T I C I
		☐ 負荷 (運動 ・ 薬剤)	☐ T c - T F
	☐ 心筋交感神経シンチグラフィ		☐ 心筋脂肪酸代謝シンチグラフィ
	☐ 脳血流 S P E C T (H M P A O) 定量		☐ 脳血流 S P E C T (I M P) 定量
	☐ 骨シンチグラフィ		☐ ガリウム(Ga) シンチグラフィ
	☐ 腎動態シンチグラフィ (M A G)		☐ 肝受容体シンチグラフィ
	☐ 甲状腺シンチグラフィ (T C + T I C I)		☐ ダットスキャン
傷病名			
特記事項			
症状経過・検査結果・治療経過			

～検査を受けられる方へのお願い～

検査をキャンセルされる場合は、検査日の二日前までに名寄市立総合病院

患者総合支援センター までに必ず電話連絡をお願い致します。