FAX：01654-3－3107

名寄市立総合病院　ＲＩ検査予約申込書

送信日　　年　　月　　日

【送信先】

名寄市立総合病院
患者総合支援センター　宛
〒096-8511
北海道名寄市西7条南8丁目1番地
TEL:　01654(3)3101(代表)
FAX:　01654(3)3107(直通)

【紹介元医療機関】

医療機関名	:
住所	:
電話番号	:
FAX番号	:
診療科・担当医	:
連絡担当者	:

フリガナ		性別	
氏名	様	男　・　女	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生	（　　歳）	
住所		電話	（　　）　－
傷病名			
症状経過・検査結果・治療経過			
特記事項			
希望日時	年　　月　　日		

※上記希望日時欄に記載できない場合は、
こちらに詳しくご記入下さい →

紹介元現状況	□紹介元病院入院中　□紹介元病院通院中
当院受診歴	ある　（　　年頃）　入院・外来　【ID　　】・　なし

検査項目

□ 心筋血流 → [□ 安静 / □ 負荷（運動・薬剤）] → [□ TICI / □ Tc-TF]

□ 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SPECT(HMPAO)定量　□ 脳血流SPECT(IMP)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(MAG)　□ 肝受容体シンチグラフィ
□ 甲状腺シンチグラフィ(TC＋TICI)　□ ダットスキャン

【検査予約上のご注意】

・検査をキャンセルされる場合は、**検査日の2日前までに必ず電話連絡**をお願い致します。
　01654(3)3101(代表)→患者総合支援センター　まで
・検査日が確定しましたら、「検査予約受付表」を折り返しFAXいたします。返信がない場合はご連絡ください。
・撮影・検査は予約時間より前後する場合がございます。予めご了承ください。
・検査終了後、画像データを患者さんご自身にお持ち帰りいただきます。