



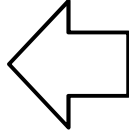
FAX : 01654-3-3107

名寄市立総合病院 R I 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	<input type="checkbox"/> 紹介元病院入院中 <input type="checkbox"/> 紹介元病院通院中		
当院受診歴	ある ( 年頃 ) 入院・外来 【ID                   】 ・ なし		
<p>検査項目</p> <p> <input type="checkbox"/> 心筋血流 → [ <input type="checkbox"/> 安静  <input type="checkbox"/> 負荷 ( 運動・薬剤 ) ] → [ <input type="checkbox"/> TICI  <input type="checkbox"/> Tc-TF ]         </p> <p> <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチグラフィ    <input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝シンチグラフィ  <input type="checkbox"/> 脳血流SPECT(HMPAO)定量    <input type="checkbox"/> 脳血流SPECT(IMP)定量  <input type="checkbox"/> 骨シンチグラフィ    <input type="checkbox"/> ガリウム(Ga)シンチグラフィ  <input type="checkbox"/> 腎動態シンチグラフィ(MAG)    <input type="checkbox"/> 肝受容体シンチグラフィ  <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチグラフィ(TC+TICI)    <input type="checkbox"/> ダットスキャン         </p>			

【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。