

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	<input type="checkbox"/> 心筋血流	<input type="checkbox"/> 安静	<input type="checkbox"/> TICI
		<input type="checkbox"/> 負荷 (運動 ・ 薬剤)	<input type="checkbox"/> Tc-TF
	<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) 定性	
	<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	
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。