

診療依頼票 アイソトープ検査(FAX送付票)

FAX送信日	年 月 日(検査日	年 月 日(
フリガナ		明・大・昭・平・令	
患者氏名		年 月 日生(歳)	性別 男・女
住所・電話番号	〒 (TEL - -)		

保険情報	保険者番号		公費	市町村番号	
	記号・番号		番号	受給者番号	
	被保険者名		福祉	負担者番号	
	続柄	本人・家族	医療	受給者番号	

診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院

放射線科

担当医 _____ 先生

所在地

医療機関

電話・FAX

医師氏名

印

※下記項目に記載をお願いします。

検査名	脳血流シンチグラフィ(123I-IMP 負荷なし)			
臨床診断名				
臨床経過				
および				
検査目的				
妊娠	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
施行した画像診断	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> その他()
移動介助	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。)			
身長/体重	cm		kg	
その他注意点				