

核医学検査申込書・診療情報提供書

受診 希望日	月 日 ()	〒141-0001 東京都品川区北品川5-4-12 大崎病院 東京ハートセンター TEL：03-5789-8108（連携室直通） FAX：03-5789-8109（連携室直通）	
	時 分		
フリガナ		生年月日	年 月 日 歳
患者氏名		大・昭 平・令	
性別	男 ・ 女	電話	

ご依頼の検査にチェックをお願いします

検査名	☐ 心筋血流シンチグラフィ（ ☐ 薬剤負荷・ ☐ 運動負荷・ ☐ 安静のみ）
	☐ 心筋脂肪酸代謝シンチグラフィ
	☐ 心筋交感神経機能シンチグラフィ
	☐ ピロリン酸シンチグラフィ
	☐ 脳血流シンチグラフィ
	☐ ドパミントランスポーターシンチグラフィ
	☐ その他（ ☐ ガリウムシンチ・ ☐ 骨シンチ・ ☐ 肺血流シンチ）

下記事項のチェックをお願いします

● 心臓ペースメーカー	有	・	無
● ICD ・ CRTD	有	・	無
● 妊娠もしくは妊娠の可能性	有	・	無
● 気管支喘息	有	・	無
● 糖尿病	有	・	無

診断名・検査目的

--

既往歴・病状、治療経過・検査結果

--

紹介元医療機関名		依頼医師名	
所在地	〒		
連絡先	TEL：		FAX：