

# 核医学検査申込書・診療情報提供書

|           |                                           |                                                                                                   |                                    |
|-----------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 受診<br>希望日 | 月                  日 (                  ) | 〒141-0001 東京都品川区北品川5-4-12<br>大崎病院 東京ハートセンター<br>TEL：03-5789-8108（連携室直通）<br>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<br>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 | <input type="checkbox"/> 心筋血流シンチグラフィ（ <input type="checkbox"/> 薬剤負荷・ <input type="checkbox"/> 安静のみ）                             |
|     | <input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝シンチグラフィ                                                                                         |
|     | <input type="checkbox"/> 心筋交感神経機能シンチグラフィ                                                                                        |
|     | <input type="checkbox"/> ピロリン酸シンチグラフィ                                                                                           |
|     | <input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ                                                                                             |
|     | <input type="checkbox"/> ドパミントランスポーターシンチグラフィ                                                                                    |
|     | <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ・ <input type="checkbox"/> 骨シンチ・ <input type="checkbox"/> 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： |