RI検査申込書（兼 診療情報提供書）

〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目3-54

北海道がんセンター
地域医療連携室 宛

FAX:011-811-9110 TEL:011-811-9117
受付時間：平日９：００～１６：３０
１６：３０以降のお申込みは翌日対応となります。

依頼医療機関

所在地

名 称

TEL （ ） FAX （ ）

フリガナ	生年月日 （明・大・昭・平成） 年 月 日（ 歳）
患者様氏名 様 男・女	住 所 電話 （ ） － 電話 （ ）

検査部位	検 査 部 位
全身	□骨シンチHMDP【VS-BONE BSI】（薬剤投与より2時間後に撮像）
	□ガリウムシンチ（薬剤投与より48時間後に撮像）
脳	□脳血流IMP【3D-SSP】
肺	□肺血流シンチ
消化器	□肝アシアロシンチ
	□神経内分泌腫瘍シンチ【オクトレオスキャン】 ※RI投与日は水曜日のみ
	（薬剤投与より4時間後・24時間後・48時間後に撮像）
腎・内分泌	□腎レノグラム【DTPA】（GFR）
	□腎レノグラム【MAG3】（ERPF）
	□副腎髄質シンチ【ミオMIBG】（薬剤投与より6時間後・24時間後に撮像）
その他	□その他【 】
RI検査予約日時	【注射 / : 】【撮影① / : 】
	【撮影② / : 】【撮影③ / : 】

臨床診断名：

臨床経過・検査目的・撮影方法の指示（撮影・読影時に必要ですので詳細にご記入ください。）

【患者状態】 ○体重(kg) ○移送方法(独歩歩行 ・ 付添歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー)
○閉所恐怖症(あり ・なし)

※ 検査日時は、地域医療連携室より予約票にてご案内いたします。
※ 検査内容についてのお問い合わせは、直接RI検査室までお願いします。

電話 011-811-9111 ●RI・PET室（内線2362又は7164）