

R I 検 査 依 頼 票

ふりがな 患者様氏名 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">様</div> M・T・S・H 年 月 日 (男・女)	保険請求用病名 1) 2)						
依頼元医療機関名 住所 〒 TEL () 依頼医師	検査目的 検査項目 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流(安静のみ) 【 IMP・ECD 】 <input type="checkbox"/> 心筋血流(安静のみ) 【 TL・123I-BMIPP 】 【 TL+BMIPP・MIBG 】 <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 【 Ga・TL 】 <input type="checkbox"/> 甲状腺 【 TC・TC+TL 】 <input type="checkbox"/> 腎レノグラムMAG <input type="checkbox"/> その他【 】						
依頼年月日 H 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">アレルギー既往 + , -</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">気管支喘息 + , -</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">感染症 +() , -</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">腎機能障害 + , -</td> <td style="text-align: center;">妊娠 + , -</td> <td style="text-align: center;">授乳 + , -</td> </tr> </table>	アレルギー既往 + , -	気管支喘息 + , -	感染症 +() , -	腎機能障害 + , -	妊娠 + , -	授乳 + , -
アレルギー既往 + , -	気管支喘息 + , -	感染症 +() , -					
腎機能障害 + , -	妊娠 + , -	授乳 + , -					
主な症状・臨床所見 							
診断所見の送付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要							
画像出力 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム							

検査日時 (お電話にて決定された日時を記入願います)							
H	年	月	日	午前・午後	時	分	注射・撮影
H	年	月	日	午前・午後	時	分	注射・撮影