

RI検査申込書 (兼 検査終了報告書)

申込先医療機関名

独立行政法人 国立病院機構 新潟病院

Symbia Intevo2 シーメンスヘルスケア株式会社

検査依頼元医療機関名

依頼元医師名

患者様基本情報

(新潟病院患者ID :)

フリガナ		性別	生年 月日	年号	
氏名				年	月 日 (歳)
住所	〒		電話		
身長	cm	体重	kg		

検査予約日時	年	月	日 (曜日)	時	分
---------------	---	---	---------	---	---

●希望検査項目 (希望する項目にチェックをつけてください)

●その他依頼項目

①脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> IMP
②心臓交感神経機能	<input type="checkbox"/> MIBG
③骨シンチ	<input type="checkbox"/> MDP
④ドパミントランスポーターシンチ	<input type="checkbox"/> FP-CIT
⑤その他 ()	

⑥読影 要 不要

【臨床診断・主訴・検査目的など】

●検査終了報告欄(実施内容報告)

新潟病院 → 依頼元医療機関

(1) 使用アイソトープ		(2) マルチスライスCT		(3) 画像媒体	(4) 読影		
1	パービューザミン注 222MBq	1	有	1	CD保存 <input type="checkbox"/> 枚	1	有
2	ニューロライト注射液第一 600MBq						
3	ミオMIBG-I 1 2 3注射液 111MBq						
4	ベンゾダイン注 222MBq						
5	テクネMDP注射液 740MBq	2	無	2		2	無
6	クエン酸ガリウム (67Ga) 注 148MBq						
7	テクネシンチ注 10M 370MBq						
	テクネMAAキット 1回分						
8	ダットスキャン静注 167MBq						

実施番号

※上記、検査終了報告欄の(1)~(4)の各列の○で囲んだ番号を左から順に並べた4桁の数になります。

(1)	(2)	(3)	(4)