

RI検査伝票(医療機器共同利用申込書)の記載方法

入力方法

- ① RI検査は、まずお電話にて予約日時を決定しますので、検査室へご連絡ください。
- ② 1枚目の(紹介元医療機関控)に必要事項を入力もしくは✓(チェック)を入れてください。
- ③ 入力すると2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に自動的に反映されます。

依頼日 令和 年 月 日

医療機器共同利用申込書 (RI検査)

JA北海道厚生連旭川厚生病院
ご担当医 殿

FAX 0166-33-7735 (検査室直通)
電話 0166-33-7171(代) 検査室内線2035

紹介元医療機関機関名称
住 所
電話番号
FAX 番号
医師氏名

性別 男性 女性 無し
当院受診歴 有り 無し

患者氏名
生 年 月 日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳
患者 住 所 〒
患者 連絡先 自宅: ※必ず平日日中に連絡の取れる連絡先をご記入ください
携帯:

身長(cm) 体重(Kg)

核医学検査の予約(お願い)

脳血流シンチ 腎静態シンチ
(安静・ダイアモックス負荷) 腎動態シンチ
 甲状腺シンチ (安静・ラジックス負荷)
 心動態シンチ 副腎シンチ
 心筋シンチ(安静) (皮質・髄質)
 肺血流シンチ 骨シンチ
 肝臓形態シンチ 骨髄シンチ
 肝臓機能シンチ ガリウムシンチ
 胆道系シンチ その他

核医学検査の予約は電話にて検査日時を決めてください。
予約電話(核医学検査室) 0166-33-7171(内線2035)
薬の量を体重により変えていますので、予約時に体重を伝えてください。
投与量により早くにできる検査と時間がかかる検査があるので、予約時に説明いたします。
また、検査により前処置が必要な場合がありますので、予約時に説明いたします。
検査日時が決まりましたら、当院より「検査予約確認書」と「検査のご案内」をFAXさせていただきます。
検査結果について、後日画像と読影結果を送付いたします。

傷病名
紹介目的
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
既往歴及び家族歴

感染症
HBV - + 未
HCV - + 未
Wa-R - + 未
シャント 無 有

備考

クリーム色の箇所は入力することができます。必要事項を入力してください。

身長と体重は必ず入力してください。検査する部位の口をクリックすると✓(チェック)が入ります。

傷病名や紹介目的等を入力ください。また、感染症は口に✓(チェック)を入れてください。

- ④ 必要事項を入力後、印刷してください。
- ⑤ 2枚目を旭川厚生病院RI検査室へFAXしてください。クリーム色の箇所は入力することができます。必要事項を入力してください。身長と体重は必ず入力してください。検査する部位の口をクリックすると✓(チェック)が入ります。傷病名や紹介目的等を入力ください。また、感染症は口に✓(チェック)を入れてください。旭川厚生病院RI検査室 FAX:0166-33-7735(直通)
- ⑥ 検査予約が決定しましたら当院検査室より「核医学検査のご案内」をFAXいたします。患者さんへお渡しください。
- ⑦ 1枚目は貴院の控えです。2枚目は患者さんへ渡していただき、検査当日に旭川厚生病院に持参するようお伝えください。

手書きの場合

- ① 2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に必要事項をご記載ください。
- ② 上記⑤⑥を参照してください。
- ③ ご記載頂いた2枚目を患者さんへ渡しいただき、検査当日当院に持参するようにお伝えください。