RI 検査依頼書（患者さま用）

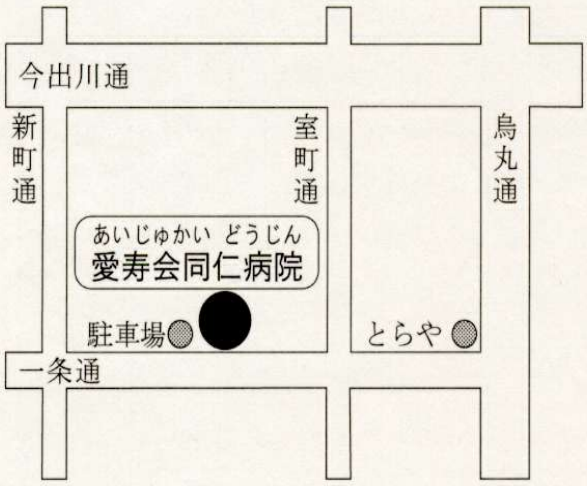
注射日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分
測定日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分

患者さまお名前			様	才　男　・　女
連絡先	（　　）	―		

医療機関名		診療科
担当医	先生　TEL（　　）	―

患者さまへのおねがい

- ○ 検査当日は健康保険証と検査依頼書をご持参の上、注射時間の 15 分前にお越しください。
- ○ 検査によっては前処置を必要とするもの、検査に数日を必要とするものがありますので担当医にご確認ください。
- ○ 検査は予約制になっており、検査に使用するお薬は前日より準備しますので、検査日（注射日）に来られない方は、前日までに必ず下記のところまでご連絡ください。



駐車場

・50台収容可能な駐車場があり無料でご利用いただけます。

交　通

・地下鉄今出川駅（出口⑥番）南へ５分
・市バス烏丸一条停北、西へ５分
・市バス上京総合庁舎前停南へ５分
・市バス堀川一条戻り橋停東へ５分

検査申込み・お問い合せ：愛寿会同仁病院（あいじゅかい どうじん）　放射線科

〒602-0917 京都市上京区一条通烏丸西入

☎414-7501（直通），431-3300（代表・内線123）

RI 検査依頼書（診療情報提供書）

ご依頼元控

注射日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分
測定日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分

患者さまお名前　　様　　才　男　・　女

連絡先　（　　）　　―

医療機関名　　診療科

担当医　　先生　TEL（　　）　　－

身長　　．　　ｃｍ　体重　　．　　ｋｇ

検査名

- ☐ 負荷心筋シンチ　（タリウム・テトロホスミン）
- ☐ 安静心筋シンチ　（タリウム・テトロホスミン・BMIPP・MIBG・Tc-ピロリン酸）
- ☐ 脳血流シンチ　☐ DAT スキャン
- ☐ 骨シンチ　☐ ガリウムシンチ
- ☐ 肝アシアロシンチ　☐ 肝胆道シンチ
- ☐ テクネ甲状腺シンチ　☐ タリウム腫瘍シンチ　（脳、甲状腺、縦隔）
- ☐ レノグラムシンチ

病名、症状、既往歴、手術歴等

検査目的

担当の先生へのおねがい

○　検査時に麻酔・鎮静剤等が必要な場合には、担当医が同伴して下さい。
○　骨、Ga、肝シンチ検査前は、バリウム検査を施行しないで下さい。
○　インスリンや経口血糖降下剤を使用中の患者さまは、食事制限をしないで下さい。
○　検査予約連絡用紙を FAX しますので、ご確認下さい。
○　検査を中止される場合は前日までにご連絡下さい。

RI 検査依頼書（診療情報提供書）

愛寿会同仁病院控

注射日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分
測定日時	年	月	日	午前	・	午後	時	分

患者さまお名前　　様　　才　男　・　女

連絡先　（　　）　　―

医療機関名　　診療科

担当医　　先生　TEL（　　）　　－

身長　　．　　ｃｍ　体重　　．　　ｋｇ

検査名

- ☐ 負荷心筋シンチ　（タリウム・テトロホスミン）
- ☐ 安静心筋シンチ　（タリウム・テトロホスミン・BMIPP・MIBG・Tc-ピロリン酸）
- ☐ 脳血流シンチ　☐ DAT スキャン
- ☐ 骨シンチ　☐ ガリウムシンチ
- ☐ 肝アシアロシンチ　☐ 肝胆道シンチ
- ☐ テクネ甲状腺シンチ　☐ タリウム腫瘍シンチ　（脳、甲状腺、縦隔）
- ☐ レノグラムシンチ

病名、症状、既往歴、手術歴等

検査目的

担当の先生へのおねがい

○　検査時に麻酔・鎮静剤等が必要な場合には、担当医が同伴して下さい。
○　骨、Ga、肝シンチ検査前は、バリウム検査を施行しないで下さい。
○　インスリンや経口血糖降下剤を使用中の患者さまは、食事制限をしないで下さい。
○　検査予約連絡用紙を FAX しますので、ご確認下さい。
○　検査を中止される場合は前日までにご連絡下さい。