

RI 検査依頼書（兼診療情報提供書）

年 月 日

患者氏名(フリガナ)	生年月日 □M □T □S □H 年 月 日(歳)	性別 □男 □女	連絡先(自宅・携帯等) - -
検査の種類 □骨シンチ □ガリウムシンチ □甲状腺シンチ □レノグラム	移動の方法 □独歩 □車イス □ストレッチャー	妊娠の可能性 □有 □無 ※授乳中の方は、ご利用できません。	
来院日時 月 日() 時 分	検査開始日時 月 日() 時 分		

※来院、検査日時の30分前までには必ず当院にお越しください。

診断名	
既往歴及び手術歴	
臨床経過 検査目的 及び 検査結果等 (病理診断 画像診断)	

身長 cm	体重 kg	感染症 HBV(□+ □- □未) HCV(□+ □- □未) その他()
手術歴	□無 □有 (有の場合: 年 月 日/術式:)	
腎機能 ※レノグラムのみ	□正常 □異常 (BUN mg/dl	クレアチニン値 mg/dl)
その他留意点		

医療機関名

診療科

電話番号

住所
〒

依頼医 サイン

印

ご紹介いただきまして誠にありがとうございます。

福岡山王病院 医療連携室

【フリーダイヤル】TEL 0120-832-876 FAX 0120-832-878

【直通】TEL 092-832-1107 FAX 092-832-1206

電話予約後、医療連携室へFAXしてください。当日、本紙を受付へ提出してください。

RI 検査依頼書（兼診療情報提供書）

年 月 日

患者氏名(フリガナ)	生年月日 □M □T □S □H 年 月 日(歳)	性別 □男 □女	連絡先(自宅・携帯等) - -
検査の種類 □骨シンチ □ガリウムシンチ □甲状腺シンチ □レノグラム		移動の方法 □独歩 □車イス □ストレッチャー	妊娠の可能性 □有 □無 ※授乳中の方は、ご利用できません。
来院日時 月 日() 時 分		検査開始日時 月 日() 時 分	

※来院、検査日時の 30 分前までには必ず当院にお越しください。

～ご来院いただく患者様へ～

ご 注 意



予約時間について

検査に使用する薬剤は、
使用期限が非常に短くなっております。
薬剤注文上、検査前日及び当日の
キャンセルの変更はできません。



検査終了後、当日は
乳幼児や妊婦の方との接触を
できるだけお控えください。
※授乳はできません

★ガリウムシンチ

注射後、3 日後に撮影。撮影日前日に下剤内服。
検査終了まで約 30 分～1 時間。絶食不要。

★甲状腺（搾取率測定）

注射後、30 分後に撮影。前処置なし。
検査終了まで約 1 時間。絶食不要。

★レノグラム

検査開始（注射）前 30 分に飲水。注射直後に排尿。注射と同時に撮影開始。
検査終了まで約 30 分～1 時間。絶食不要。

★骨シンチ

注射から検査終了まで約 3 時間。撮影時間約 30 分。前処置なし。

ご来院いただく患者さまへ

◎受付までの流れ

保険証と紹介状（診療情報提供書）を受付窓口にご提出ください。
 ご不明な点がございましたら受付スタッフにお気軽にお声ください。

福岡山王病院 医療連携室（直通）TEL 092-832-1107、（病院代表）TEL 092-832-1100

交通アクセス



西鉄バス

バス停	行き先番号
博多駅A	302 305 307
博多交通センター1F (6番のりば)	312 306
天神バスセンター (1A)	302 305 W1 W2
西新パレス	25 15 10 94 54-1
藤崎	305 306 40 200 1 1-5 2 W1

(令和2年8月現在)



ももち浜
福岡山王病院
 FUKUOKA SANNO HOSPITAL
 医療連携室
TEL 092-832-1107(直)
FAX 092-832-1206(直)
 〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号