

RI検査依頼書（診療情報提供書）

福岡山王病院 医療連携室行き

FAX0120-832-878

年 月 日

フリガナ		生年月日（和暦）	年齢	性別	TEL(自宅・携帯等)
患者様 氏名		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
検査予約日時（和暦）			移動方法		妊娠の可能性
年 月 日 曜 :			<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

診断名	
既往歴および手術歴	
休止薬	
臨床経過 検査目的 および 検査結果等	

身長	体重			
cm	kg			
感染症	HBV <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未	HCV <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未	その他	
腎機能 ※レノグラムのみ	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	BUN mg/dl	クレアチニン値	mg/dl
その他留意点				

貴医療機関名		診療科	
ご依頼医	Ⓜ	TEL	
ご住所	〒 —		

ご紹介くださりありがとうございます

- お電話で予約後、医療連携室あてにFAXをお送りください
- 本書を患者様にお渡しいただき、受診当日に受付へご提出いただくようお願いください
- 検査結果は、後日、郵送させていただきます

福岡山王病院 医療連携室 フリーダイヤル TEL.0120-832-876

RI検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

フリガナ		生年月日（和暦）	年齢	性別	TEL(自宅・携帯等)
患者様 氏名		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
検査名		移動方法		妊娠の可能性	
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
検査予約日時（和暦）		検査予定時刻の30分前までに 放射線受付にお越しく下さい			
年 月 日 曜 :					

RI検査にあたっての注意事項

検査を安全に実施するため、注意事項をご確認のうえご来院ください

■ 来院時間・受付について

検査当日は、1階で受付を済まされた後、**予約時間の30分前までに地下1階 放射線受付へ**お越しく下さい。

■ 検査時間について

検査によって放射性医薬品が特定の臓器や組織に分布する時間が異なるため、投与から撮影開始まで3～4時間お待ちいただくことがございます。撮影時間は15分～1時間程度です。

■ 予約の変更・キャンセルについて

薬剤手配の都合上、日祝日を除く2日前の14時以降は、キャンセルや変更ができません。

検査予約時間にご来院されない場合は、検査が受けられませんので、ご了承ください。

※患者様のご都合によるキャンセルにつきましては放射性医薬品の実費相当のキャンセル料が発生します

■ 検査当日のお願い

被ばくのため、小さなお子様や乳幼児を連れての来院はご遠慮ください。

■ 妊娠・授乳について

妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査を受けることができません。

■ 同伴について

寝台の昇降が難しい方や、視力・聴力・認知機能に障害をお持ちの方には、安全確保のため、ご家族の方の同伴をお願いする場合があります。

■ 検査後の注意

検査終了当日は、乳幼児や妊娠されている方との接触は、できるだけお控えください。

■ お問い合わせ

不明な点がございましたら、福岡山王病院 医療連携室までご連絡ください。

連絡先・お問い合わせ先
医療法人社団高邦会 福岡山王病院 医療連携室
フリーダイヤル 0120-832-876
直通 092-832-1107