

R I 検査予約申込書 (核医学診療科)

北海道大学病院
 医事課（新来予約受付担当）行
 〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
 電話：011-706-6037（直通）
 FAX：011-706-7963（直通）

貴医療機関名： _____
 住 所： _____
 医師氏名： _____ 診療科： _____
 電話番号： _____
 FAX番号： _____
 ご担当者名等： _____

フリガナ		性別		〒	
患者氏名		男・女	住所		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（才）		電話番号		
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 付添（ ）			<input checked="" type="checkbox"/> 当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有（ID ） <input type="checkbox"/> 無

●患者さんに必ずこの検査に関する同意を得てください。●赤字は必須項目です。

●検査項目： 骨シンチ 安静心筋血流 SPECT 負荷心筋血流 SPECT 心筋（MIBG）SPECT
 心筋（BMIPP）SPECT ガリウムシンチ 脳血流 SPECT（ECD 定性） 肝（GSA）シンチ
 甲状腺（テクネシウム）シンチ 甲状腺（タリウム）シンチ
 他の検査についてはご相談を受けつけます（ ）

*身長 _____ cm 体重 _____ kg ●搬送区分； 独歩 護送 担送 その他

●腎機能異常； 有 無 検査中 ●腎機能結果値（月 日）；BUN（ ）クレアチニン（ ）

●麻酔・入眠； 必要 不要 ●造影剤アレルギー； 有（ ） 無 不明

●その他の薬剤アレルギー； 有（ ） 無 不明

●病名； _____

●感染症；HBV（+・-・未検査） HCV（+・-・未検査） 梅毒（+・-・未検査） CJD（+・-・未検査）
 MRSA（+・-・未検査） HIV（+・-・未検査） HTLV-I（+・-・未検査）
 結核菌（+・-・未検査） ●排菌； 有 無

●検査目的； Follow up 腫瘍検索 転移巣検索 炎症巣検索 異所性検索 梗塞部位検索 不明熱
 腫瘍の良性・悪性判定 形態の観察 血流状態の推定 病変部位の推定
 定量評価 機能測定 代謝 治療効果判定 経過観察 Staging
 その他（ ）

*検査に対する希望・連絡事項； 即日 数日以内（準緊急） 無

*具体的な日時希望（月 日） 無

●臨床経過・検査・手術所見

●保険者証・公費負担受給証原本のコピーを送信お願い致します。
 コピーの送信ができない場合には下記に記載してください。

予約希望日、または曜日			
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険者番号	記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	負担者番号	受給者番号