

# 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

※患者さんには必ずこの検査に関する同意を得てください。 ※▶は必ず記入してください。

▶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

▶保険証・公費負担受給証原本のコピーを送信願います。  
 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