RI

診療情報提供書 NHO宇多野病院 検査申込書

【送信先】 FAX 075－275－7431
国立病院機構 宇多野病院 地域医療連携室 （ 受付時間 平日 8:30～17:00）

【紹介元】

貴医院名		申込日	西暦 年 月 日
		診療科	
		医師名	
住所	〒（ ） 電話番号 ＦＡＸ		

【受診者情報】 ※妊娠または妊娠の可能性がある女性は検査を受けることができません

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	西暦 年 月 日 （ 歳）
住所	〒（ ） 日中連絡が取れる電話番号:		
主訴又は病名		既往歴	
目的・症状等			

宇多野病院 受診歴	□有 □無 □不明	着替え・移乗時の介助	□不要 □必要→特記事項（ ）

※保険番号	保険者番号		※公費番号	公費負担番号	
	記号・番号			受給者番号	
	本人家族の別	本人 ・ 家族		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

※保険証（写）をFAXしていただいた場合、記入は不要です

【検査申込書】

RI 希望日時	※申込日より1週間後以降にお願いします 月 日（ ） 希望時間（もしあれば記載して下さい） 希望時間がなければ適宜調整して連絡します
希望検査	□ **脳血流IMP（注射の15分後に20分撮影）** ※ 定量評価は行っていません 月～金曜日の8:30～11:00（注射時間） □ **DatSCAN（注射の3～4時間後に30分撮影）** 月～金曜日の8:30～11:00（注射時間） □ **心筋MIBG（注射の15分後と3～4時間後に5分撮影）** 月～金曜日の8:30～11:00（注射時間） □ **骨シンチ（注射の2時間後に20分撮影）** 月～金曜日の8:30～11:00（注射時間） □ **Gaシンチ（注射の2日後に50分撮影）** ※ 注射と撮影日の希望日時は上の枠に記載 月～水曜日の8:30～16:00（注射時間）
検査結果について	※検査画像はCD-R、読影結果は用紙にて提供致します。 □ 読影あり（画像と読影結果を郵送） □ 読影なし（画像を郵送） □ 読影なし（画像を手渡し→約15分待ち）

令和8年10月1日 更新