紹　介　状（診療情報提供書）

（　R　I　）

年　　月　　日

医療機関　佐野厚生総合病院

担当医　放射線科診断医殿

TEL　0283-22-5222

FAX　0283-22-8982

放射線科受付　内線 5100

RI 室　内線 5183

読影室　内線 5190

医療機関の所在地
および名称

電話番号

医師氏名　　㊞

フリガナ 患者氏名		生年月日	年　月　日 （　　歳）	男・女
主訴・病名 既往歴 家族歴等				
紹介目的				
病状経過				
診療経過				
現在の処方				

◎検査項目　　□内に必ずチェックしてください

	脳血流シンチ SPECT		甲状腺シンチ
	肺血流シンチ		心筋シンチ SPECT
	レノグラム		骨シンチ（全身）
	ガリウムシンチ		その他（　　）

◎検査区分（以下には記入しないでください）

	Dynamic		Static
	SPECT		Whole Body
	SPECT 負荷		甲状腺摂取率測定

※注意　必要事項をご記入の上、FAX をお願いいたします。