

# RI 検査依頼書

## 検査指示医へのお願い

患者さまの状態不良、麻酔を要する場合等、特別な指示のある場合は事前に放射線科までご相談ください。

高度の肝障害、腎障害がある場合は、その旨を必ず記載してください。

検査時には、フィルム等の各検査資料が有りましたら、患者さまに持参させてください。

撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください。

放射性医薬品購入の都合上キャンセルされる場合は、事前に放射線科までご連絡ください。(当日キャンセルはご遠慮ください)

各項目の に印を入れ、検査目的等をできる限り具体的に、ご記入ください。

患者	フリガナ 氏名	
----	------------	--

検査項目等ご不明な場合は放射線科までご相談ください。

RI 検査項目 (骨・ガリウム等)	
肝障害	無し 有り 不明
腎障害	無し 有り 不明
妊娠の可能性	無し 有り 不明 否定
感染症	HBs 無し 有り 不明
	HCV 無し 有り 不明
	Wa氏 無し 有り 不明
	その他 ( )
前回検査	無し 有り ( 年 月 日 ) 主な所見 :
検査目的 (臨床診断、現病歴、臨床症状等)	
特記事項	
フィルム貸出	要 不要

検査終了後直ちに、結果説明をさせて頂き、検査結果を患者さまにお持ち帰り頂きます