

都立墨東病院 核医学検査 予約申込書

◆FAX:03(3633)6192◆

◎事前にカルテを作成するため下記の基本情報をご記入ください。保険情報につきましては保険証の写しを FAX で送付していただいても結構です。来院当日は診療情報提供書をご持参下さい。

※基本情報

(フリガナ) 患者名	()	男・女	生年月日 西暦 年 月 日		
患者住所			患者 電話		
保険種別		保険者番号		資格取得年月日	西暦 年 月 日
記号		番号		被保険者(世帯主)	
公費		負担者番号		受給者番号	
墨東病院受診歴 → 有・無 ※有の場合、墨東病院の診察券番号 ()					
紹介元医療機関名			病院 住所		
医師名			病院 電話	FAX	

※病名・検査目的・主訴 (病歴の要約など)

病名: _____	検査目的: _____
主訴: _____	

※検査種

検査項目を○で囲んで下さい。1項目につき、1申込書のご記入をお願いします。

脳血流 (ECD)	ドパミントランスポータ (DAT スキャン)	心筋交感神経 (MIBG)
骨	腫瘍・炎症 (ガリウム)	その他 ()

◎表記にない検査についてはその他に記載して下さい。
 ◎上記以外の検査も行っております。検査種の詳細については下記までお問い合わせ下さい。
 ◎検査によっては前処置等が必要です。詳細については FAX にて検査案内を送付させていただきますので、ご確認下さい。ご不明な点は墨東病院核医学検査室までご相談下さい。(03-3633-6151 内線 2320)

※検査希望日 (いつでも、○月△日以外、という記載方法でも大丈夫です)

来院可能な日を複数日、記載して下さい ()					
■病院記入欄 (後ほど、ご来院日時を記載して FAX にて返送させていただきます)					
注射日時	月	日	()	午前・午後	時 分
検査日時	月	日	()	午前・午後	時 分