

## 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<br>氏 名                                                                                                                                     |  |
|                                  |                                                                                                                                                 |  |
| RI検査項目<br>(骨・ガリウム等)              |                                                                                                                                                 |  |
| 肝障害                              | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明                                                             |  |
| 腎障害                              | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明                                                             |  |
| 妊娠の可能性                           | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 否定                                 |  |
| 感染症                              | H B s <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明                                                       |  |
|                                  | H C V <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明                                                       |  |
|                                  | W a 氏 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明                                                       |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> その他 (                                  )                                                                               |  |
| 前回検査                             | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (                  年                  月                  日                  )<br>主な所見 : |  |
| 検査目的(臨床診断、現病歴、臨床症状等)<br><br><br> |                                                                                                                                                 |  |
| 特記事項                             |                                                                                                                                                 |  |

神戸医療センター 〒654-0155兵庫県神戸市須磨区西落合3-1-1

地域医療連携室      F A X : 0 7 8 - 7 9 5 - 6 5 9 1