シンチ・SPECT検査 診療情報提供書

年　月　日

医療法人 明和病院
明和キャンサークリニック
MEIWA CANCER CLINIC

紹介状送付先【TEL･FAX】(0798)47-1816［直通］

放射線診断科 ＿＿担当＿＿ 医師 【 第１検査希望日 】　月　日（　） 【 第２検査希望日 】　月　日（　） （異なる曜日で複数の希望日をご記入ください。）	【 医療機関名 】 【 所在地 】 【 医師名 】 【 TEL 】（　）　－　【 FAX 】（　）　－
□骨シンチ　□下肢静脈シンチ □脳(のう)血流シンチ　□肺(はい)血流シンチ □ダットスキャン　□メッケル憩室シンチ □心筋MIBG　□肝アシアロシンチ □唾液腺シンチ　□リンパシンチ(下肢・上肢) □腎レノグラムDTPA（□ラシックスなし □ラシックス有り） □甲状腺シンチ(□^{99m}Tc・□^{123}I) □その他（　） □相談希望（どの検査か迷われる時は病状に基づき推奨検査をご連絡します。）	フリガナ　←フリガナもご記入ください。 【 患者氏名 】 様（ 男・女 ） M・T・S・H・R　年　月　日（　歳） 【 住所 】〒　－ 【 TEL 】（　）　－ 【 携帯 】（　）　－

病名(主訴) 既往歴(家族歴)	【薬剤アレルギー】 無・有（　）
検査目的 病状及び 治療経過	
検査結果	腫瘍マーカー値等
	HBs-Ag(＋・－) HCV-Ab(＋・－) TPHA(＋・－) MRSA(＋・－)【検査日】　.　.　【部位】

※必要がございましたら、検査記録等をご添付ください。

↓カルテ作成依頼欄　※貴院カルテに下記項目の記載がある場合、コピーをFAXしていただいても結構です。

保険者番号		本人・家族	公費	負担者番号	□ 高齢受給者証
記号・番号	・			受給者番号	有効期限　令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月　日			有効期限　令和　年　月　日	負担割合　1・2・3
負担割合	1・2・3		□なし	負担割合　0・1・2・3	□ 特定疾病(長)
□ 生活保護　□ 労災　□ 交通事故				外来負担金　円/日まで（月　回）	有効期限　令和　年　月　日
□ その他（　）				入院負担金　円/月まで	負担金額　1万円・2万円

【診療情報送付先】明和キャンサークリニック　〒663-8186　兵庫県西宮市上鳴尾町 3-39【TEL･FAX】(0798)47-1816

19.11.1 x 2000(AXA)