

# RI検査伝票(医療機器共同利用申込書)の記載方法

## 入力方法

- ① RI検査は、まずお電話にて予約日時を決定しますので、検査室へご連絡ください。
- ② 1枚目の(紹介元医療機関控)に必要な事項を入力もしくは✓を入れてください。
- ③ 入力すると2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に自動的に反映されます。

依頼日 令和 年 月 日

### 医療機器共同利用申込書 (RI検査)

紹介元医療機関機関名称  
住 所  
電話 番号  
FAX 番号  
医師 氏名

JA北海道厚生連旭川厚生病院  
ご担当医 殿

FAX 0166-33-7735 (検査室直通)  
電話 0166-33-7171(代) 検査室内線2035

フリガナ	性別	当院受診歴
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 歳
患者住所	〒 丁目 番 号 号	
患者連絡先	自宅: ※必ず平日日中に連絡の取れる連絡先をご記入ください 携帯:	

身長 (cm)	体重 (Kg)	核医学検査の予約(お願い) 核医学検査の予約は電話にて検査日時を決めてください。 予約電話(核医学検査室) 0166-33-7171(内線2035) 薬の量を体重により変えていますので、予約時に体重を伝えてください。 投与薬によりすぐできる検査と時間がかかる検査があるので、予約時に説明いたします。 また、検査により処置が必要な場合がありますので、予約時に説明いたします。 検査日時が決まりましたら、当院より「検査予約確認書」と「検査のご案内」をFAXさせていただきます。 検査結果について、後日画像と読影結果を送付いたします。
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (安静・タ/メックス負荷) <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ (安静・ラックス負荷) <input type="checkbox"/> 心動態シンチ <input type="checkbox"/> 心筋シンチ(安静) <input type="checkbox"/> 肺血流シンチ <input type="checkbox"/> 肝臓形態シンチ <input type="checkbox"/> 肝臓機能シンチ <input type="checkbox"/> 胆道系シンチ	<input type="checkbox"/> 腎静態シンチ <input type="checkbox"/> 腎動態シンチ <input type="checkbox"/> 副腎シンチ (皮質・髄質) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨髄シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> その他	

傷病名

紹介目的

症状経過及び検査結果

感染症	HBV	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 未
	HCV	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 未
	Wa-R	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 未
	シヤント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

治療経過

現在の処方

既往歴及び家族歴

備考

クリーム色の箇所は入力することができます。  
必要事項を入力してください。

身長と体重は必ず入力してください。  
検査する部位の口をクリックすると✓が入ります。

傷病名や紹介目的等を入力ください。  
また、感染症は口に✓を入れてください。

- ④ 必要事項を入力後、印刷してください。
- ⑤ 2枚目を旭川厚生病院RI検査室へFAXしてください。  
旭川厚生病院RI検査室 FAX:0166-33-7735(直通)
- ⑥ 検査予約が取れましたら当院検査室より「核医学検査のご案内」をFAXいたします。患者様へお渡しください。
- ⑦ 1枚目は貴院の控えです。2枚目は患者様へお渡しし、検査当日に旭川厚生病院に持参するようにお伝えください。

## 手書きの場合

- ① 2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に必要な事項をご記載ください。
- ② 上記⑤⑥を参照してください。
- ③ ご記載頂いた2枚目を患者様へお渡しし、検査当日当院に持参するようにお伝えください。