

足利赤十字病院放射線科 外来担当医殿

受診予定日 平成 年 月 日
午前・午後 時 分〒326-0843 栃木県足利市五十部町284-1
TEL 0284-21-0121（代表）
内線 3171（アイソトープ室）
TEL 0284-20-1374（地域連携係）
FAX 0284-21-4135（ ）

ご紹介元

施設名・診療科名

医師名

住 所

TEL・FAX

ご紹介患者

フリガナ		M・T 年 月 日生
患者氏名	男・女	S・H () 歳
住所	TEL	

ご紹介内容 ご紹介目的（精査 入院 転医 手術 その他）

疾患名(臨床診断)

症状経過・治療経過・検査結果・現在の処方など（できる限り具体的にご記載願います）

シンチグラム部位

脳タリウム

副甲状腺MIBI

心筋MIBG

唾液腺(形態・機能)

肝

骨(全身・局所のみ)

局所のみ部位:

上記以外の部位:

局所脳血流(ECD・IMP)

甲状腺摂取率(ヨード・テクネ)

心筋BMIPP

腎形態DMSA

肝・胆道

脳ダット

甲状腺形態(タリウム・テクネ・ヨード)

肺(血流・換気Kr)

腎機能レノグラムDTPA

副腎(アドステロール・MIBG)

ガリウム(全身・局所のみ)

局所のみ部位:

持参資料 資料なし CT MRI RI X線写真 心電図 検査記録 その他 ()

- お願い 1. 1枚目、2枚目を足利赤十字病院へお届け願います。3枚目はご紹介元にて保管してください。
2. ご不明な点・ご紹介内容の変更などがございましたら、当院放射線科までお問合せ願います。