

【RI 検査注意事項】

※検査当日は、この診療情報提供書兼検査申込書・紹介状・保険証・熊本再春医療センターの診察券（お持ちの方）をご持参ください。
検査予約時刻の 30 分前に、総合受付へおいでください。

- 1) 検査当日は、なるべく金属等の付いていない服装で検査を受けてください。
- 2) 当日は最初に総合受付で受付をされ、放射線科へおいでください。
- 3) 検査開始時間・所要時間は、検査の種類で異なります。
- 4) 検査に用いる薬品は、当日しか使用できない特殊薬品です。予約検査日以外は検査できません。
検査日時をお間違えにならないようご注意ください。
- 5) やむをえない理由で検査をキャンセル又は変更をされたい場合は、
前日正午までに必ず下記までご連絡ください
- 6) 注文するお薬の関係上、「検査依頼書（診療情報提供書）」の FAX を
下記まで事前にお問い合わせいたします。

検査のお問合せ・ご連絡先

熊本再春医療センター 放射線科

熊本県合志市須屋 2659 TEL 096-242-1000（内線 330）

FAX 096-242-2619

診療情報提供書 兼 RI 検査申込書

検査日	年 月 日	時	分頃
ふりがな		生年月日	MTSHR 年 月 日
患者氏名			
紹介元 医療機関名	病院・医院		
TEL		紹介元主治医	

<p>検査名をチェックするか ○で 囲んでください</p> <p><input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (炎症・腫瘍) <input type="checkbox"/> 血流シンチ <input type="checkbox"/> 心筋シンチ (MIBG) <input type="checkbox"/> 肺血流シンチ <input type="checkbox"/> 肝アジアロシンチ <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> ドパミンシンチ <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>【臨床診断】</p> <p>【主訴・臨床経過・所見等】</p> <p>【検査目的・希望事項】</p>
---	---

検査によっては当日結果をお返しできない場合がございます。
その場合郵送にて送らせていただきますので、よろしければ次回の診察の予定を教えてください。

(月 日 時 予定)