

診療情報提供書 (SPECT検査依頼書)

平成 年 月 日

姫路中央病院附属クリニック 担当医殿

医療機関名	病院・医院				科 (<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院中)	
お電話番号	()		ご担当医師名		先生	
予約日時	平成	年	月	日 (曜日)	午前・午後	時 分
ふりがな			体重	生年月日		性別
患者氏名			Kg	明・大 昭・平	年 月 日 才	男・女
患者様ご住所	〒			電話 (日中ご連絡できる所・携帯)		
臨床診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血流障害 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他()					
施行検査	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (IMP) <input type="checkbox"/> DaTシンチ <input type="checkbox"/> 心筋交感神経機能シンチ (MIBG)					
症状及び経過・検査結果 (SPECT検査に必要と思われるもの)						
既往歴 (手術歴は詳細にお願いします)・家族歴						

検査に必要な確認事項

告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()
妊 娠	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	アルコール過敏症 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
30分静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他留意点			

※1 DaT検査の場合

姫路中央病院附属クリニック PET健診センター

TEL 079-235-3600 FAX 079-235-6009

E-mail: pet@hc-hosp.or.jp URL: http://www.hc-hosp.or.jp