

診療情報提供書（SPECT検査依頼書）

20 年 月 日

姫路中央病院 放射線科 担当医殿

予約日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分			
医療機関名	病院・医院		科 (□外来 ・ □入院中)	
担当医師名				
電話番号			FAX番号	
ふりがな		体重	生年月日	性別
患者氏名		Kg	明・大 年 月 日 昭・平 (歳)	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	□アルツハイマー型認知症 □レビー小体型認知症 □脳血流障害 □脳梗塞 □高次脳機能障害			
	□パーキンソン病 □その他()			
施行検査	□脳血流シンチ(IMP) □DaTシンチ □心筋交感神経機能シンチ(MIBG)			
	□その他()			
臨床経過・その他検査に関わる留意点(病名、手術、病理診断、患者様の状態等)				

検査に必要な確認事項

告知の有無	□無 ・ □有	感 染 症	□無 ・ □有()
妊 娠	□無 ・ □有		
閉所恐怖症	□無 ・ □有	アルコール過敏症※1	□無 ・ □有 □独歩・□車いす・□ストレッチャー
30分静止	□可 ・ □不可	移 動 方 法	
その他留意点			

※1 DaT検査の場合

姫路中央病院 放射線科

TEL 079-235-7375 FAX 079-235-7377

URL: <http://www.hc-hosp.or.jp>