

--	--	--	--	--	--	--

# 脳血流SPECT検査依頼書 兼 紹介状(診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

15歳以下の方の検査は  
お受けしていません。  
薬剤負荷は行っておりま  
せん。

検査予約日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

## 【ご注意】

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり ➡ “あり”の場合は、検査をお受けできません。

## [検査依頼医療機関]

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 診 療 科 \_\_\_\_\_ 科

電 話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

病 名  
(疑いを含む) \_\_\_\_\_

[検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください]