

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

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 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____

電話番号 _____

15歳以下の方の検査、
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

T E L _____ 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〕