

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

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
お受けしておりません。
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]