

R I 検 査 F A X 予 約 申 込 書

松戸市立総合医療センター

地域連携室 行

FAX : 047-712-2573
(地域連携室直通)

[依頼医師名]

医療機関名
住 所
電話番号

フリガナ		性 別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日 (西暦)	20 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	当院 (旧松戸市立病院含む) の受診歴 有 ・ 無	
電話番号 (自宅)	()	携帯または 日中連絡先	()

検 査 予 約 日 時

検査項目 月 日 () 時 分 【 注射・測定 】

検査項目 月 日 () 時 分 【 注射・測定 】

検査項目 月 日 () 時 分 【 注射・測定 】

検査項目 (該当検査に○をつけて下さい)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1 : 骨シンチ | 8 : 脳血流 (99m T c - E C D 負荷なし) |
| 2 : 肺換気 | 9 : ガリウムシンチ |
| 3 : 肺血流 | 10 : 副腎皮質 (131 I - アドステロール) |
| 4 : 副甲状腺 (99m T c - M I B I) | 11 : 副腎髄質 (123 I - M I B G) |
| 5 : 唾液腺 | 12 : その他 |
| 6 : 心筋交感神経 (123 I - M I B G) | [] |
| 7 : 甲状腺 (123 I ・ 201 T l ・ 99m T c) | |

※上記項目は薬剤の販売中止に伴いR7年12月で検査を終了いたします。

FAX番号 047-712-2573 (地域連携室直通)