シンチ/SPECT-CT検査依頼書（診療情報提供書）

（紹介先医療機関名）〒951-8566　　　　　　　　　（紹介元医療機関名）

新潟市中央区川岸町2丁目15番地3　　　　　　　　 所在地：

新潟県立がんセンター新潟病院 　　　　　　　　　 　 名　称：

患者サポートセンター　　　　　　　　　　　 TEL番号：

TEL：025-234-0011　FAX：025-234-0022　　　　　　 FAX番号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名 |  | | | | 男  女 | | 住所 | | |  | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | | 年 | 月 | | 日 | | | 歳 | | 身長・体重 | ｃｍ | ｋｇ |
| 病名 | |  | | | | | | 保険適応　 有り 無し(自費) | | | | | |
| 希望する検査 | | 骨シンチ  MIBGシンチ (レビー小体病検索用)  ドパミントランスポーターシンチ (ダットスキャン)  ソマトスタチンレセプターシンチ (オクトレオスキャン)  **骨シンチ以外では、併用薬等に注意が必要です。** | | | | | | | | | | | |
| 経過・　　　検査目的  （別紙可） | | * 手術歴/放射線治療歴等、特に最近のものは内容・月日を詳しく掲載して下さい。 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |