

<b>請求区分</b>	<input type="checkbox"/> 患者さん請求（患者さんに健康保険使用し請求します） <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関様へ請求（請求後、医療機関様から保険者と患者さんへご請求）
-------------	---

貴紹介元  
 医療機関名： \_\_\_\_\_ 医師名： \_\_\_\_\_

**紹介患者さん情報**

(ふりがな)				生年月日
氏名		性別	男： <input type="checkbox"/> 女： <input type="checkbox"/>	M・T S・H _____年____月____日
郵便番号	〒 _____			
ご住所				
お電話番号				

**ご紹介内容**

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
経過	
処方内容	
備考	

予約日時 平成 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

**検査項目**

<input type="checkbox"/> 骨シンチ (骨腫瘍等)	★注射3～4時間後に検査を行います。 ★検査直前に排尿をしていただきます。
<input type="checkbox"/> BMIPPシンチ (心筋評価)	★注射15分後に検査を行います。 ★朝食は軽食でお願いします。
<input type="checkbox"/> 腎動態シンチ (腎機能評価)	★注射直後から検査を行います。 ★検査30分前に水を300ml飲んでいただき、検査直前に排尿していただきます。
<input type="checkbox"/> 脳(血流)	★注射20分後に検査
<input type="checkbox"/> 脳DAT(認知症)	★注射4時間後に検査
<input type="checkbox"/> その他	

**留意事項**

- ① 予約日に来院できない場合は注射前日(休日の場合はその前日)14時までにはRI室にご連絡ください。
- ② 検査は30分～40分ほどで終わりますが、撮像開始までに数時間かかるものもあります。
- ③ 骨転移内用療法(メタストロン)については骨シンチ検査後適応があり次第となります。