

※ SPECT-CT申込書

地域医療連携室直通 FAX 022-245-1811

受付日：令和 年 月 日（ ）

仙台西多賀病院 放射線科直通

電話 022-245-2264

■ 診療情報提供書の添付をお願いします

紹介元病院（ _____ ）

担当者（ _____ ）

TEL（ _____ -（ _____ ） - _____ ）

FAX（ _____ -（ _____ ） - _____ ）

ふりがな

患者氏名（ _____ ）（ _____ 歳）（男/女）

生年月日（ ^{M・T} _____ _{S・H・R} _____ ）※ID（ _____ ）

受診歴（ なし / あり _____ 科、 _____ 年 _____ ）

患者様の電話番号（ _____ ）

■ ご希望の検査をご記入ください（□にシ印をつけてください）

骨シンチ（全身一連） 脳ドパミントランスポータシンチ

心筋シンチ交感神経機能シンチ（スペクトー連） 脳血流シンチ（SPECTのみ）

心筋血流・脂肪酸代謝シンチ

■ お電話にて予約確定済の日時をご記入ください

予約日時：令和 年 月 日（ ）（ _____ : _____ ）