**【RI検査注意事項】**

**※検査当日は、この診療情報提供書兼検査申込書・紹介状・保険証・熊本再春医療センターの診察券（お持ちの方）をご持参ください。**

**検査予約時刻の30分前に、総合受付へおいでください。**

１）検査当日は、なるべく金属等の付いていない服装で検査を受けてください。

２）当日は最初に総合受付で受付をされ、放射線科へおいでください。

３）検査開始時間・所要時間は、検査の種類で異なります。

４）検査に用いる薬品は、当日しか使用できない特殊薬品です。予約検査日以外は検査できません。検査日時をお間違えにならないようご注意ください。

**５）やむをえない理由で検査をキャンセル又は変更をされたい場合は、**

**前日正午までに必ず下記までご連絡ください**

**６）注文するお薬の関係上、「検査依頼書（診療情報提供書）」のFAXを**

**下記まで事前にお願いいたします。**

検査のお問合せ・ご連絡先

熊本再春医療センター　放射線科

　熊本県合志市須屋2659　TEL 096-242-1000（内線 330）

　FAX 096-242-2619

**診療情報提供書 兼 RI検査申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 検査日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　時　　　　　分頃 |
| ふりがな |  | 生年月日 | M T S H R 　 年　月　日 |
| 患者氏名 |  |
| 紹介元　医療機関名 | 病院・医院 |
| TEL |  | 紹介元主治医 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **検査名をチェックするか　　で****囲んでください**[ ] 　骨シンチ[ ] 　ガリウムシンチ（炎症・腫瘍）[ ] 　血流シンチ[ ] 　心筋シンチ（MIBG）[ ] 　肺血流シンチ[ ] 　肝アシアロシンチ[ ] 　レノグラム[ ] 　ドパミンシンチ[ ] 　その他（　　　　　　　　　　） | 【臨床診断】【主訴・臨床経過・所見等】【検査目的・希望事項】 |

検査によっては当日結果をお返しできない場合がございます。

その場合郵送にて送らせていただきますので、よろしければ次回の診察の予定を教えてください。

**（　　　月　　日　　時　予定）**

熊本再春医療センター　放射線科　096－242－1000（内線330）