

--	--	--	--	--	--

# 脳血流 SPECT 検査依頼書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

15歳以下の方の検査、  
お受けしていません。  
薬剤負荷は行っておりま  
せん。

検査予約日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

## 【ご注意】

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

## 〔検査依頼医療機関〕

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 科

T E L \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

病 名 (疑いを含む) \_\_\_\_\_

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕