「事前受付用FAX用紙」と一緒にFAXにて地域医療連携室宛にお送りください。

**専用FAX　086-464-1166**

核医学検査チェックリスト

医療機関名、診療科

医師名

患者氏名

【患者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者移動方法 | □歩行 | □車椅子 | □ｽﾄﾚｯﾁｬｰ |
| 身長　（　　　　　　　　㎝） | 体重　（　　　　　　　㎏） | 妊娠 | □無 | □有 |
| 喘息 | □無 | □有 | 授乳 | □無 | □有 |
| 体内金属 | □無 | □有 | 核医学検査の影響 | □不明 | □確認 |
| 検査の静止 | □不可 | □可 | 検査説明と承諾 | □未承諾 | □承諾済 |
| 閉所恐怖症 | □無 | □有 | 感染症 | □無 | □有 |
| 電話番号： |

注意

・核医学検査は、以前実施した核医学検査が今回依頼の検査に影響する場合があります。

ご不明の点は

川崎医科大学附属病院　画像診断センター2　受付（086-462-1111　内線22521）までお問い合わせください。