

「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	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
身長 (cm)		体重 (kg)	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		核医学検査の影響	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 確認
検査の静止	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可		検査説明と承諾	<input type="checkbox"/> 未承諾 <input type="checkbox"/> 承諾済
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。