**【RI検査注意事項】**

**※検査当日は、この診療情報提供書兼RI検査申込書、紹介状、健康保険証、**

**福岡病院の診察券（お持ちの方）をご持参ください。**

**検査予約時刻の30分前に、総合受付へお越しください。**

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お願いします。

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）事前にRI検査薬を準備するため、検査当日のキャンセルはできません。**

**キャンセルの場合は、検査２日前（月曜検査の場合は前週の木曜日、火曜日検査の場合は前週の金曜日）までに、お電話ください。**

**６）準備する薬品の関係上、次ページの「診療情報提供書兼RI検査申込書」のFAXを事前にお願いいたします。 FAX 092-566-6910**

検査のお問合せ・ご連絡先（平日8：30～17：15）

福岡病院　放射線科

〒811-1391　福岡市南区屋形原4-39-1

TEL 092-565-5534（内線341）

FAX 092-566-6910（地域連携室）

**診療情報提供書兼RI検査申込書**

**※使用するお薬が非常に高価ですので、検査前日に患者さんへ来院確認のお電話をさせていただきます。**

**「患者連絡先TEL」には、日中にご連絡が取れる番号の記載をお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 患者連絡先TEL |  |
| 性別 | 男性　　　　女性 | |  |  |
| 紹介元　医療機関名 |  | |  | 病院・医院 |
| 医療機関　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**  　ドパミントランスポーターシンチグラフィ  　脳血流シンチグラフィ（99mTc-ECD）  ※負荷検査は行っておりません。  　骨シンチグラフィ  心筋交感神経シンチグラフィ（MIBG）  　ピロリン酸シンチグラフィ | | 【臨床診断】  【主訴・臨床経過・所見等】  【検査目的等】 | | |

※検査結果CD（画像、レポート）は、後日、貴院への郵送のみとなります。

※患者様への結果のご説明は、ご依頼された病院様でお願いいたします。当院の医師からの検査

説明は行っておりません。

※検査結果到着まで4日程度かかります。土日祝日の影響でそれ以上かかる場合があります。

福岡病院　放射線科　TEL 092-565-5534（内線341）