

# 診療情報提供書 兼 RI 検査依頼書(FAX 兼用)

宮崎市郡医師会病院 放射線科行

検査予約日時： 年 月 日 時 分

紹介元医療機関  
医師名  
電話番号

患者氏名 性別 男・女  
生年月日 電話番号  
住所

検査名

- 骨シンチ     Ga シンチ     肺血流シンチ     甲状腺シンチ  
 心筋シンチ(Tc・Tl)(運動負荷・薬剤負荷・安静)  
 その他( )

RI 検査同意書

- 済 (貴院で同意書済み)

※同意書は必ず検査依頼書とともに FAX してください。また原本は忘れずに持参させてください

傷病名

検査目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方

宮崎市郡医師会病院 連絡先 専用 FAX0985-77-9125

代表 TEL0985-77-9101

※FAX 受付時間 平日 8:30~16:30 です

宮崎市郡医師会病院