

骨シンチ検査

依頼用紙

FAX 0120-927-489

産業医科大学病院 外来予約係行き

フリガナ 患者氏名 TEL 住所	(男・女) (才)	貴院の名称及び所在地 診療科 担当医師 先生 TEL () - FAX () -
生年月日 (西暦)	年 月 日	
予約希望日時、曜日 西暦 年 月 日 曜日 9時30分 もしくは 10時00分		

※検査依頼は2営業日前の14時までにお申し込み下さい※

検査予約を円滑に行うため、以下の事項について事前にお知らせ下さい。

- 検査目的 例) 前立腺癌の骨転移評価等

- 検査時刻までに来院され、初診の方は総合受付にて受付をさせていただきます。
- 2回目以降の方は直接地下一階の核医学科受付にお越しください。
- なお検査の都合で開始時間が遅れる場合がありますのでご了承ください。
- 結果は原則としてCD-Rで読影レポートと共に貴院に郵送致します。数日程度を要します。
- 高額な検査です。有効期間の短い薬品を使用するため、取り置きすることもできません。ご連絡無しのキャンセルがないようご配慮ください。万が一ご連絡無しのキャンセルとなった場合、薬品の購入実費をお支払い頂くことがあります。

この用紙とは別に放射線科宛の紹介状をあわせてFAXお願いします。