

ダットスキャン検査依頼書 兼 紹介状（診療情報提供書）

フリガナ

患者氏名 様 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

患者住所

電話番号

15歳以下の方の検査は、
お受けしていません。

検査予約日：令和 年 月 日 () 時 分

- 【ご注意】
依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。
- 1 アルコールアレルギー
☐なし ☐あり ➡ “あり”の場合は、検査をお受けできません。
 - 2 ヨードアレルギー
☐なし ☐あり ➡ “あり”の場合は、検査をお受けできません。
 - 3 女性患者の場合、妊娠の可能性
☐なし ☐あり ➡ “あり”の場合は、検査をお受けできません。

〔検査依頼医療機関〕

名 称			
住 所			
医師名	診療科	科	
T E L	F A X		
病 名（疑いを含む）			

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕