（様式１－I）

心筋交感神経シンチ検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
JCHO金沢病院　地域医療連携センター
TEL：076-253-5069（直通）
FAX：076-252-2369（直通）

紹介医療機関	
医師氏名	
TEL	
FAX	

ふりがな		性別	生年月日	（西暦）	
氏名		□ 男 □ 女		年　月　日 （　才）	
住所	〒				
TEL		氏名		続柄	
		身長	cm	体重	kg

臨床診断・病名	
主訴、経過、検査目的	

予約日	年　月　日（　）　：

CD-R 取扱方法	□ 後日郵送（読影結果と一緒に郵送）
	□ 検査当日に患者本人に渡す（読影結果は後日郵送）

※電話で予約が必要です

※放射線読影日は、毎週木曜となります

202507作成
202509改
202605改