加齢画像外来検査依頼書（兼）診療情報提供書

【送信先】
送信日　　令和　　年　　月　　日
東北大学病院　地域医療連携センター
〒980-8574　仙台市青葉区星陵町１番１号
TEL 022（717）7131（直通）
FAX 022（717）7132（直通）

【送信元】
医療機関名：
所　在　地：
電話番号：
FAX 番　号：
医師氏名：

※診療予約申込書と一緒にご送付ください。
※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏　名	様		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
緊急連絡先			

▼疾患名に○をつけてください（原則として以下の保険適応疾患を受付けます）
- ・認知症
- ・パーキンソン症候群
- ・脳血管障害・動脈瘤
- ・骨粗鬆症・フレイル
- ・その他　　［疾患名:　　］

▼ 以下に依頼内容をご記入ください

▼希望の検査に☑をつけてください
- ☐ 脳MRI + 統計解析（VSRAD）+ MRA
- ☐ 脳血流SPECT + 統計画像（3D-SSP）
- ☐ DAT scan
- ☐ 心筋MIBGシンチグラム
- ☐ 骨密度・筋肉量（DXA）
- ☐ **おまかせセット**:担当医が診断に必要な画像検査を組みます
- ☐ その他［具体的に:　　］

▼下記の該当項目に○をつけてください（**必須**）
- ・心臓ペースメーカーなど体内に金属がありますか？　　はい　・　いいえ
- ・ヨード過敏症がありますか？　　はい　・　いいえ

▼患者さんへの結果説明の希望　　あり　・　なし（画像供与と返書のみ）

※下記項目は、当院で記入します。

予約日時	月　　日（　　）　AM・PM　　：	患者 ID	ー　　ー