

# 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	- -
------	-----------------	------	-----