

### 核医学検査申込書(FAX予約用)

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

①検査部位 ※該当する項目1つにチェックを入れて下さい。

| 検査項目           |   | 検査項目      |  |
|----------------|---|-----------|--|
| 脳血流シンチ(現在取扱なし) | <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-IMP ( <input type="checkbox"/> 負荷安静 <input type="checkbox"/> 負荷のみ <input type="checkbox"/> 安静のみ )   | 骨シンチ      | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MDP   |
| 甲状腺シンチ         | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> TcO <sub>4</sub> <sup>-</sup> ( 摂取率 ) <input type="checkbox"/> <sup>201</sup> TlCl ( 腫瘍 )   | ガリウムシンチ   | <input type="checkbox"/> <sup>67</sup> Ga  |
| 副甲状腺シンチ        | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MIBI <input type="checkbox"/> <sup>201</sup> TlCl・ <sup>99m</sup> TcO <sub>4</sub> <sup>-</sup> サブトラクション   | 腎シンチ(静態)  | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-DMSA  |
| 心筋シンチ          | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-TF ( <input type="checkbox"/> 運動負荷 <input type="checkbox"/> 薬物負荷 <input type="checkbox"/> 安静のみ )<br><input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-BMIPP <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-MIBG<br><input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-PYP | レノグラム     | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MAG   |
|                |   | 副腎シンチ     | <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-アドステロール <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-MIBG |
|                |   | 唾液腺シンチ    | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> TcO <sub>4</sub> <sup>-</sup>                            |
| 肺シンチ           | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MAA <input type="checkbox"/> <sup>201</sup> TlCl   | 消化管出血シンチ  | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-HSAD  |
| 肺換気シンチ         | <input type="checkbox"/> <sup>81m</sup> Kr ( 検査日の相談が必要です )  | メッケル憩室シンチ | <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> TcO <sub>4</sub> <sup>-</sup>                            |
|                |   | 脳脊髄腔シンチ   | <input type="checkbox"/> <sup>111</sup> In-DTPA  |

②検査目的

③検査後の診察

不要・必要 ( )科 ※ 必要の場合、診察当日に 診療情報提供書のご持参をお願いいたします。

④その他、連絡欄(都合の悪い日などお書き下さい)

当院検査日 心筋シンチ(火、金)、骨シンチ(水、木) ガリウムシンチ(月午前(金午前に注射))、その他のシンチは水曜日施行

⑤ご紹介医療機関

|       |     |
|-------|-----|
| 医療機関名 |     |
| 紹介医   |     |
| 住 所   |     |
| TEL   | FAX |

☆当院記入欄

|      |         |
|------|---------|
| 患者ID |         |
| 放・循  | Dr      |
| 予約日  | 月 日 ( ) |