

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	☐ ^{123}I -IMP（安静のみ）	骨シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MDP
脳シンチ	☐ ダットスキャン ☐ ^{123}I -MIBG	腫瘍/炎症シンチ	☐ ^{67}Ga ☐ $^{201}\text{TlCl}$
甲状腺シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$ （摂取率） ☐ $^{201}\text{TlCl}$ （腫瘍）	腎静態シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -DMSA
副甲状腺シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MIBI	腎動態シンチ（レノグラム）	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MAG
心筋シンチ	☐ 薬物負荷 ☐ 安静のみ ☐ 運動負荷（理由： ☐ 喘息、 ☐ 房室ブロック、 ☐ その他） ☐ ^{123}I -BMIPP ☐ ^{123}I -MIBG ☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -PYP	副腎シンチ	☐ ^{123}I -アドステロール ☐ ^{123}I -MIBG
		唾液腺シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$
		消化管出血シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HSAD
肺シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MAA	メッケル憩室シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$
肺換気シンチ	☐ $^{81\text{m}}\text{Kr}$ （検査日の相談が必要です）	肝受容体シンチ	☐ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -GSA

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 心筋血流シンチ : 火or金曜日
骨シンチ : 水or木曜日
脳血流シンチ : 月曜
脳シンチ(血流以外): 水曜日
ガリウムシンチ : 水曜午前(月曜午前に注射))
その他 : 水曜日

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

[illegible]