

### 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	<input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-IMP (安静のみ)	骨シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MDP
脳シンチ	<input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-MIBG	腫瘍/炎症シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>67</sup> Ga <input type="checkbox"/> <sup>201</sup> TlCl
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)	腎静態シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-DMSA
副甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MIBI	腎動態シンチ(レノグラム)	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MAG
心筋シンチ	<input type="checkbox"/> 薬物負荷 <input type="checkbox"/> 安静のみ <input type="checkbox"/> 運動負荷 (理由: <input type="checkbox"/> 喘息、 <input type="checkbox"/> 房室ブロック、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-BMIPP <input type="checkbox"/> <sup>123</sup> I-MIBG <input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-PYP	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
肺シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-MAA	唾液腺シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> TcO <sub>4</sub> <sup>-</sup>
肺換気シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>81m</sup> Kr (検査日の相談が必要です)	消化管出血シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> Tc-HSAD
		メッケル憩室シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> TcO <sub>4</sub> <sup>-</sup>
		肝受容体シンチ	<input type="checkbox"/> <sup>99m</sup> 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

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