

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	☐ ^{99m} 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 TlCl
甲状腺シンチ	☐ ^{99m} TcO ₄ ⁻ (摂取率) ☐ ²⁰¹ TlCl (腫瘍)	腎静態シンチ	☐ ^{99m} Tc-DMSA
副甲状腺シンチ	☐ ^{99m} Tc-MIBI	腎動態シンチ(レノグラム)	☐ ^{99m} 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 ☐ ^{99m} Tc-PYP	副腎シンチ	☐ ¹²³ I-MIBG
		唾液腺シンチ	☐ ^{99m} TcO ₄ ⁻
		消化管出血シンチ	☐ ^{99m} Tc-HSAD
肺シンチ	☐ ^{99m} Tc-MAA	メッケル憩室シンチ	☐ ^{99m} TcO ₄ ⁻
肺換気シンチ	☐ ^{81m} Kr (検査日の相談が必要です)	肝受容体シンチ	☐ ^{99m} 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

骨シンチ

脳血流シンチ

脳シンチ(血流以外)

ガリウムシンチ

その他

: 火or金曜日(^{99m}TcPYP・¹²³I-BMIPP・¹²³I-MIBGは火曜日のみ)

: 水or木曜日

: 月曜

: 水曜日

: 水曜午前(月曜午前に注射))

: 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 ()