（様式12）

# 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） | ~~□$^{123}$I-IMP（□負荷安静　□負荷のみ　□安静のみ）~~ | 骨シンチ | □$^{99m}$Tc-MDP |
| 甲状腺シンチ | □$^{99m}TcO_4^-$（摂取率）　□$^{201}$TlCl（腫瘍） | ガリウムシンチ | □$^{67}$Ga |
| 副甲状腺シンチ | □$^{99m}$Tc-MIBI　□$^{201}$TlCl・$^{99m}TcO_4^-$サブトラクション | 腎シンチ（静態） | □$^{99m}$Tc-DMSA |
| 心筋シンチ | □薬物負荷　□安静のみ<br>□運動負荷（理由：□喘息、□房室ブロック、□その他）<br>□$^{123}$I-BMIPP　□$^{123}$I-MIBG<br>□$^{99m}$Tc-PYP | レノグラム | □$^{99m}$Tc-MAG |
| | | 副腎シンチ | □$^{123}$I-アドステロール　□$^{123}$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　□$^{201}$TlCl | 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） | 脳脊髄腔シンチ | □$^{111}$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　（　　）

三田市民病院　地域医療連携室　電話:079-565-8607　FAX:079-565-8015