

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 M・T・S・H _____ 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"/> ¹²³ 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"/> ^{99m} Tc-MDP
甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} TcO ₄ ⁻ (摂取率) <input type="checkbox"/> ²⁰¹ TlCl (腫瘍)	ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> ⁶⁷ Ga
副甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-MIBI <input type="checkbox"/> ²⁰¹ TlCl・ ^{99m} TcO ₄ ⁻ サブトラクション	腎シンチ(静態)	<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-DMSA
心筋シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-TF (<input type="checkbox"/> 運動負荷 <input type="checkbox"/> 薬物負荷 <input type="checkbox"/> 安静のみ) <input type="checkbox"/> ¹²³ I-BMIPP <input type="checkbox"/> ¹²³ I-MIBG <input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-PYP	レノグラム	<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-MAG
		副腎シンチ	<input type="checkbox"/> ¹²³ I-アドステロール <input type="checkbox"/> ¹²³ I-MIBG
		唾液腺シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} TcO ₄ ⁻
肺シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-MAA <input type="checkbox"/> ²⁰¹ TlCl	消化管出血シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-HSAD
肺換気シンチ	<input type="checkbox"/> ^{81m} Kr (検査日の相談が必要です)	メッケル憩室シンチ	<input type="checkbox"/> ^{99m} TcO ₄ ⁻
		脳脊髄腔シンチ	<input type="checkbox"/> 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(水、金)、骨シンチ(火、木) ガリウムシンチ(月、木 午前(金、火 午前に注射))、その他のシンチは火曜日施行

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 ()