**MRI検査申込書**

**核医学検査申込書**

**【**患者基礎情報】 【紹介元】

ふりがな 　 紹 介 日 年　 　 月 　　日

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 　 医療機関名

T ・ S

H ・ R

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) 　医 師 名

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 TEL 　 　　　( 　　)

 　 FAX 　　 　　( 　　)

電話( 　　　　　　　) 携帯( 　　　　　　　　　　) 　□外来患者の紹介　　□入院中の患者の紹介

**【検査種別】**（**PET/CT等他検査**については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください）

【脳】　　　　□**脳血流SPECT(**□99m-Tc ECD □I-123**)**

□**脳ドパミントランスパータ**（DAT）

【骨】　　　　□**骨シンチグラフィ**

【循環器】

□**心筋血流SPECT**（□99m-Tcテトロホスミン　　□201-Tl　　□99m-Tc MIBI ）

□**負荷心筋血流SPECT**↓以下も御確認ください

（□運動負荷　　□薬剤負荷　　□運動併用薬剤負荷）

（□99m-Tcテトロホスミン　　□201-Tl　　□99m-Tc MIBI ）

□**心筋交感神経SPECT**（I-123 MIBG） ※ﾚｾﾙﾋﾟﾝ、三環系抗うつ剤服用禁止

□**心筋脂肪酸代謝SPECT**（I-123 BMIPP）

□**心シンチグラム**（99m-Tcピロリン酸）

**【その他】　　□甲状腺シンチ摂取率**（□99m-Tc　□I-123ｶﾌﾟｾﾙ）

**□腫瘍・炎症シンチ**※3日前注射、下剤処方要

**◎負荷心筋SPECTをご希望の際は以下の質問にお答えください**

【重要】検査を希望された場合でも、当院で危険と判断した場合には、検査を行わない場合がありますのでご了承ください。

□ペースメーカー（ あり ・ なし ） □除細動器（ あり ・ なし ）

□気管支喘息（ あり ・ なし ） □閉塞性動脈硬化症（ あり ・ なし ）

**【傷 病 名】**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【検査部位】**（　　　　　　　　　　 　　）＊左右どちらかも必ずご記入下さい。

**【希 望 日】** □いつでも良い

□希 望 日 (①　 　　　 　②　　　　　 　③　　　　　 　）

□不都合日 (① 　　　 　　②　　　 ③　　　　　 　）

**【診療情報提供書】**（貴院の書式(別紙)でもかまいません）

**佐久医療センター　高機能診断センター**

**TEL 0267-88-7956　　　FAX 0267-88-7219**