

核医学検査申込書

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名 _____ (男・女)
生年月日 ^{T・S} _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
_{H・R}
住所 [] [] [] [] - [] [] [] []
電話(_____) 携帯(_____)

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
医師名 _____
TEL _____ (_____)
FAX _____ (_____)
 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 (火/金のみ) ↓ 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) ※レピソ、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)

【甲状腺・その他】

- 甲状腺シンチ摂取率 (99m-TcO₄ I-123 カ⁹⁹ 埒)
 副甲状腺 SPECT (99m-Tc) その他: _____

◎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。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー (あり・なし) | <input type="checkbox"/> 除細動器 (あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 (あり・なし) | <input type="checkbox"/> 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 _____)

【検査依頼内容】(その他ご要望あればお知らせください) ※診療情報提供料算定される際は別紙添付してください

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