

**核医学検査依頼書（診療情報提供書）**

紹介先医療機関名

NHO まつもと医療センター　放射線科

地域医療連携室

ＴＥＬ：0263-86-2812

ＦＡＸ：0263-86-2816

**予約日の１～２日前までに本書のFAXをいただくと助かります。**

**（FAXは病名のみなど簡潔な内容でも差し支えありません。）**



T ・ S  
H ・ R

|  |
| --- |
| **検査部位** |
| 該当する検査種類に印☑をつけてください。（2か所以上付けないでください。）  □ 骨シンチ：（99mTc-HMDP・99mTc-MDP）  □ 脳血流シンチ：もの忘れ（99ｍTc-ECD）  □ 脳DATシンチ：（123I-ioflupane）  □ 甲状腺シンチ：ヨード摂取率（123I-ヨウ化ナトリウム）  □ 心筋交感神経シンチ：交換神経機能（123I-MIBG）  □ 肺血流シンチ：（99ｍTc-MAA）  □ 腎動態シンチ：レノグラム（99mTc-DTPA）  □ 副腎髄質シンチ：（123I-MIBG）  □ 腫瘍・炎症シンチ：（67Ga-citrate）  □ その他（　　　　　　　　　　　）  ■ 負荷心筋血流シンチ（99ｍTc-TF）は“当院循環器内科紹介”にて行っております。 |
| **【検査目的の詳細（病名・病歴・臨床症状）および実施上の指示】** | |
| **【検査確認事項】**  ◇ 検査種類により投薬時間，撮影時間，前処置，禁忌事項等が異なります。  詳細につきましては必ず各検査案内書にてご確認ください。  ◇ 体重：（　　　　kg）薬の量を決めるのに参照いたします。 | |