



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。)

氏名:	様 男・女	紹介元医療機関名			
生年月日	T・S H・R	年	月	日	才
住所:	貴科名		ご担当医師		
TEL:	科		医師		
		検査予定日時:	年	月	日 時 分

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。