

核医学検査 予約申込書 (FAX)

島根大学医学部附属病院 地域医療連携センター 行

TEL 0853-20-2061 FAX 0853-20-2063

令和 年 月 日

1 紹介元医療機関 受付時間(8:30~17:15)を過ぎての申し込みはできませんのでご了承願います

医療機関名			
ご担当医師名(診療科)			
連絡先	TEL		FAX

2 紹介患者さん

ふりがな		性別	生年	大・昭・平・令
患者氏名			月日	年 月 日 (歳)
		男・女	TEL	
島根大学病院受診歴の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (有の方はID番号 - -)				

3 希望検査 ご希望の検査に○印をお願いします

検査名	放射性医薬品名	○印	次検査までの期間
骨シンチ	^{99m}Tc -MDP, -HMDP		24 時間
脳血流シンチ(安静時)	^{123}I -IMP		48 時間
	^{99m}Tc -ECD		24 時間
	^{99m}Tc -HM-PAO		24 時間
ドパミントランスポータシンチ	^{123}I -CIT (DaTSCAN)		48 時間
心筋血流シンチ(安静時)	^{99m}Tc -TF		24 時間
	^{99m}Tc -MIBI		24 時間
腎シンチ	^{99m}Tc -DTPA		24 時間
	^{99m}Tc -MAG3		24 時間
	^{99m}Tc -DMSA		24 時間
甲状腺シンチ	^{99m}Tc		24 時間
甲状腺摂取率	^{99m}Tc		24 時間
副甲状腺シンチ	^{99m}Tc -MIBI		24 時間
唾液腺シンチ	^{99m}Tc		24 時間
肺血流シンチ	^{99m}Tc -MAA		24 時間

4 検査希望日・検査病名・不整脈の有無

第1希望	月 日 ()		
第2希望	月 日 ()		
月 日以外ならいつでも可能			
検査病名		不整脈の有無	有・無

※核医学検査は、同一日に複数の検査を実施できません。

複数の検査をご希望の場合は「次検査までの期間」を参考に、検査希望日に期間を空けて設定願います。

※脳血流シンチおよび心筋血流シンチは、安静時のみ対応しています。