

放射線検査予約申込書《アイソトープ検査用》

《 紹介患者情報 》

<フリガナ>
患者氏名： _____ 様
生年月日：明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別： 男性 ・ 女性

TEL 番号： _____
住所： 〒 _____

《 紹介元情報 》

<フリガナ>
医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
TEL 番号： _____
FAX 番号： _____

診療科： _____ 科
ご担当医師名： _____ (印)

《 検査予約日 》 予約日は、担当者との電話にて決めさせていただきます

< 月曜日 ~ 金曜日 >
月 日 () 時 分
※ 検査により待ち時間があります

< 月曜日 ~ 金曜日 >
注射日 月 日 () 時 分
* 脳血流の負荷有の場合は注射日を検査日とします
検査日 月 日 () 時 分

《 画像出力 》

■ CD のみの対応です

※出力した画像、レポートにつきましては、出来次第お送りいたします

《 検査部位 》

頭部 (脳血流・負荷脳血流・eZIS・DAT Scan)
 全身 (骨シンチ・Gaシンチ・神経鞘芽腫)
 心臓 (薬剤負荷・運動負荷・2核種同時心筋シンチ)
 胸部 (肺血流・胸部腫瘍)
 腹部 (肝臓・肝機能・腎臓・レノグラム)
 上肢骨シンチ (右・左)
 下肢骨シンチ (右・左)
 その他 ()

《 検査前確認事項 》

● 閉所恐怖症……………有・無
※ 「有」の場合、検査が出来ないことがあります

● 妊娠初期(3ヶ月以内)or 妊娠の可能性……………有・無
※ 妊娠に関しては検査不可

《アイソトープ検査薬使用について 》

※ 別紙『 説明書兼同意書 』を FAX 送信します

アイソトープ使用前確認事項

● アイソトープの使用経験……………有・無

● アイソトープの副作用経験……………有・無
※ 「有」の場合は、アイソトープ検査を原則できません

● 薬物アレルギー……………有・無
(特に、「アルコール」「ヨード」「金属」)

● 授乳中……………有・無
※ 授乳中の場合、3 日間は授乳できません
※ 使用アイソトープにより 3 日間以上の間隔をあけていただきます

《 備考・特記事項 》
