

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  
※ 検査によっては注射後待ち時間がございます

< 月曜日 ~ 金曜日 >  
注射日 月 日 ( ) 時 分  
検査日 月 日 ( ) 時 分  
※Ga シンチは注射日と検査日が異なります

《 画像出力 》

■ DVD 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 》

全身： 骨シンチ ・ Gaシンチ  
 頭部： 脳血流 ・ 負荷脳血流  
eZIS ・ DAT Scan  
 頸部： 唾液腺 ・ 副甲状腺  
 心臓： 薬剤負荷 ・ 運動負荷  
2核種同時心筋  
MIBG 心筋  
 胸部： 肺血流  
 腹部： 腎レノグラム  
 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 or 妊娠の可能性……………有 ・ 無  
※ 妊娠に関しては検査不可になります

《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、検査後 3 日は授乳できません  
※ 使用アイソトープによっては検査後 3 日以上  
空けていただく場合があります

《 備考・特記事項 》

\_\_\_\_\_