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 | 生年月日 | 大・昭・平・令年　　　月　　　日　（　　歳） |
| 患者氏名 |  | だ男・女 |
| TEL |  |
| 島根大学病院受診歴の有無 | □有　　□無　　□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 |
| ﾄﾞﾊﾟﾐﾝﾄﾗﾝｽﾎﾟｰﾀｼﾝﾁ | **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。