

核医学検査 依頼票

患者氏名：		高知医療センターでのID：	
生年月日： 年 月 日 男・女			
※	薬剤投与予定日： 年 月 日	施設名：	
	午前・午後 時 分	依頼医：	
※	検査予定日： 年 月 日	電話番号：	
	午前・午後 時 分	FAX番号：	

※は記載しないで下さい。

検査希望日：	年 月 日 (理由)
	<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内
★	患者の状態： <input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 担送
	身長： cm 体重： Kg
	妊 娠： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
授 乳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	

★は必ず記入して下さい。

検査項目：	<input type="checkbox"/> 脳血流 (<input type="checkbox"/> 3DSSP解析123I-IMP <input type="checkbox"/> eZIS解析99m-Tc-ECD)
	<input type="checkbox"/> 脳神経DATscan <input type="checkbox"/> 甲状腺 (99m-Tc) <input type="checkbox"/> 甲状腺 (123-I) <input type="checkbox"/> 副甲状腺
	<input type="checkbox"/> 心筋 <input type="checkbox"/> 肺血流
	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腎 (動態) <input type="checkbox"/> 腎 (静態) <input type="checkbox"/> 副腎 (髄質)
	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 腫瘍 (67-Ga) <input type="checkbox"/> 腫瘍 (201-Tl)
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	ご希望があれば記載して下さい。
撮影方法：	<input type="checkbox"/> SPECT/CT(フュージョン画像) <input type="checkbox"/> 標準撮影
臨床診断：	
主訴・臨床経過・検査目的・コメント：	
検査結果報告方法：	<input type="checkbox"/> 結果・DVDともに郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し
	<input type="checkbox"/> 結果のみ先にFAX希望 (正はDVDとともに <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し)
診療予約：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (希望診療科： 科 医師)
備考：	

依頼される先生方へのお願い

- (1) 患者の状態の欄、臨床診断、検査部位および結果報告方法の欄は必ず記載して下さい。
- (2) システム上、予約を完了させるためには臨床診断を入力する必要がありますので、「疑い病名」でも結構ですから記載してください。
- (3) 検査依頼票を高知医療センター地域医療連携室にFAXして下さい。
- (4) 検査を中止・変更する場合には地域医療連携室まで連絡して下さい。
- (5) 結果画像出力は原則DVD出力で行います。
- (6) 検査に必要な前処置およびRI投与後の検査開始時間は下記の通りです。

検査項目	検査開始時間(注射後)	前処置	検査項目	検査開始時間(注射後)	前処置
脳血流	注射直後		肝(GSA)	注射直後	朝絶食・お水可
脳神経(DAT)	注射4時間後		腎(動態・静態)	注射直後(動)2時間(静)	
甲状腺(99m-Tc)	注射20分後		副腎(髄質)	注射 6時間・24時間後	
甲状腺(123-I)	投薬3時間・24時間後	用紙1	骨	注射 3時間~4時間後	
副甲状腺(MIBI)	注射直後・3時間後		腫瘍(67-Ga)	注射 2日後	用紙2
心筋	注射直後・4時間後		腫瘍(201Tlcl)	注射直後・3時間後	
肺血流	注射直後				

連絡先：高知医療センター地域医療連携室
電話：088-837-6700
FAX：088-837-6701