核医学検査 依頼票

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

※は記載しないで下さい。

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

★は必ず記入して下さい。

検査項目：	□脳血流　（□3DSSP解析123I-IMP　□eZIS解析99m-Tc-ECD） □脳神経DATscan　□甲状腺（99m-Tc）　□甲状腺（123-I） □副甲状腺　□肺血流　□肝　□腎（動態）　□腎（静態） □副腎（髄質）　□骨　□腫瘍（67-Ga）　□腫瘍（201-Tl） ※「心筋シンチ」については、循環器内科の受診後となりますので、 まずは循環器内科の診療予約をお取りください。 ※脳神経DATscan及び副腎（髄質）は、アルコールが含まれているため、 お酒に極端に弱い方は検査ができない可能性があります。 □その他（　　） ご要望があれば記載して下さい。
撮影方法：	□SPECT/CT（フュージョン画像）　□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：	□結果・DVDともに郵送 □結果のみ先にFAX希望（原本はDVDとともに後日郵送となります）
診療予約：	□なし　□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