

FAX



契約核医学検査 依頼書

独立行政法人国立病院機構宮城病院 宛

令和 年 月 日

患者基本情報

患者様 氏名	(ふりがな)	性別	生年月日(年齢)		
		男 女	大正 昭和 平成 令和	年	月
住所	〒			電話番号	
受診歴	<input type="checkbox"/> (宮城病院に)受診したことがある <input type="checkbox"/> (宮城病院に)受診したことがない				

検査依頼項目 (依頼項目にチェックをお願いいたします)

<input type="checkbox"/> 脳血流スペクト(安静)	123I-IMP	167MBq	前処置等特になし
<input type="checkbox"/> ダットスキャン(DAT)	ダットスキャン注	167MBq	併用注意の薬剤は別表を御参照の上、各医療機関でご判断下さい 投与4時間後検査
<input type="checkbox"/> ミオMIBG心筋シンチ	MIBG	111MBq	休薬が望ましい薬剤:エフピー、トプス、トリプタール、ヘルベッサー、ヘルジピン、ワランなど投与15分後、3時間半後検査
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	HMDP(99mTc)	740MBq	投与3時間後検査
<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ	クエン酸ガリウム	111MBq	投与3日後検査
<input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ (摂取率測定)	123I-カプセル	11.1MBq	検査前10日間ヨード食禁。1ヶ月以内にヨード造影検査をしていないこと。投与3時間後と24時間後検査
<input type="checkbox"/> その他の検査		MBq	

*ご連絡いたしました日程を記載願います

検査予約(平日、月～金曜日 9:00～16:30でご予約をお取りいたします)

検査項目	検査前の制限	
	<input type="checkbox"/> 無	注射日:令和 年 月 日() 午前・午後 時 分から
	<input type="checkbox"/> 有	検査日:令和 年 月 日() 午前・午後 時 分から
	<input type="checkbox"/> 無	注射日:令和 年 月 日() 午前・午後 時 分から
	<input type="checkbox"/> 有	検査日:令和 年 月 日() 午前・午後 時 分から

臨床情報

* 読影や検査に必要となりますので診断名、具体的な検査目的事項等、詳細に記入をお願いいたします

病院/医院/クリニック

科 医師名

Ⓔ

◎依頼医様へお願い:「契約核医学検査依頼書」をFAXでお送りください。また、当日患者確認に必要なため、本書(原本)を保険証と一緒に持参していただきますようご説明下さい。

独立行政法人国立病院機構宮城病院 〒989-2202 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原100番地

電話 0223-37-5036(放射線科直通) 地域医療連携室 FAX 0223-37-5055(直通)

※会計情報

動態	静態	全身	SPECT	回	担当技師
放射性医薬品				MBq	
医薬品	生理食塩液20ml			本	