

## 核医学（RI）検査 依頼書

## ①患者情報

患者名		生年月日	西暦	年	月	日
連絡先 電話番号を 記載ください。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 【 - - 】					

\*検査及び前処置の2営業日前（土日・祝日を除く。）の8時30分～9時30分ごろに  
当院受付より来院確認の電話をさせていただきます。

## ②検査依頼に必要な情報

検査名および 検査部位	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ [ <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 炎症 ] <input type="checkbox"/> 脳血流 定量なし、負荷なし <input type="checkbox"/> 脳血流 定量あり、負荷なし（ARG法、動脈採血有り） <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ <input type="checkbox"/> ドパミントランスポーター（DaT）シンチ
検査目的の詳細事項（現病歴・臨床症状など）は診療情報提供書（紹介状）に記載ください。	
特記事項	

## ③核医学検査に必要な情報

前回検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠・授乳の 有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <small>感染症名</small> ）