

# アイソトープ検査申込書 兼 診療情報提供書(他院医師記入用)

(1) ふりがな  
患者氏名

性別：男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

(2) 希望日 第1希望 月 日( ) 第2希望 月 日( )

(3) 検査部位 にチェック(×)をして下さい。

骨シンチ  ガリウムシンチ

(4) 臨床診断と検査目的

診断名(必須)：

検査目的：

(5) 妊娠の有無(女性の場合)： 無・可能性あり・有

(「有」または「可能性あり」場合は検査をお受けできません。)

※ガリウムシンチの場合は、下記のチェックリストの記入を必ずお願いします。

## <ガリウムシンチのためのチェックリスト>

ガリウムシンチは、撮影の前処置のため下剤(マグコロール又はラキソベロン液)を使用します。

患者さんの状態によっては投与できない場合がございますので、下記の項目をご確認ください。

- ① 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ ( はい・いいえ・不明 )
- ② 消化管に閉塞又はその疑いがありますか？ ( はい・いいえ )
- ③ 腎機能障害がありますか？ ( はい・いいえ・透析中 )
- ④ マグコロールを使用しても良いですか？ ( はい・いいえ )
- ⑤ マグコロールの使用が不可の場合、ラキソベロン液を使用しても  
良いですか？ ( はい・いいえ )

(6) 結果画像の種類：CD-ROM ※CD-ROMのみとなります。

(7) 記入者名：医療機関名 医師名

FAX：03(3864)7901(地域連携室直通)