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 大正・昭和・平成・令和 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 脳血流シンチ ECD MIBGシンチ-H/M比のみ DAT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。

(6) 放射線の影響について にチェック(×)をして下さい。

アイソトープ検査では放射性医薬品が投与され少量の放射線被ばくを伴いますが、その放射線の量は単純CT検査1回分程度で発がんや遺伝的な影響へのリスクは非常に小さいと考えられています。

放射線の影響について説明を行い、同意を得ました

※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)

※ 結果画像の出力方法は 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)

三井記念病院 03(3862)9111 地域連携室(内線 8071) 放射線科(内線 2600)

改訂 2023.4