

(A)核医学検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

(核医学検査申込書)

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

放射線科

検査担当 先生

* 必ずFAX及びTEL番号を御記入下さい。

〒
所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

①FAX送信前に、電話で予約をお取り下さい。

②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要な事項をご記入の上、FAXして下さい。

折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします。

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい→

当検査の公費適用

(有・無)

虎の門病院受診歴	(有・無)	虎の門病院登録番号	-	-	-
----------	-------	-----------	---	---	---

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日		男 ・ 女
患者氏名			平・令 (歳)		
住 所	〒	自宅TEL			
		日中連絡先			

病名

【注】ご希望の検査に対して保険適用が認められている病名の記載をお願いします。当院からの診療情報提供書(返信)にも同じ病名が記載されます。

検査目的・現病歴

☐ 検査説明書に沿った説明を行いました。

1、身長 cm、 体重 kg

3、妊娠の有無 (無 ・ 有)

2、喘息の有無 (無 ・ 有)

4、授乳中の有無 (無 ・ 有)

ご希望の検査に○をつけてください。

A 循環器		E 骨・関節・腫瘍・炎症	
A-1	心筋血流(タリウム)レスト	E-1	骨・関節(HMDP・MDP)
A-2	心筋血流(タリウム)ストレス	E-2	腫瘍・炎症(ガリウム)
A-3	心アミロイドーシス(PYP)	E-3	ソマトスタチン受容体
A-4	その他(MIBG・BMIPP)	F 泌尿器	
B 呼吸器		F-1	腎アンギオ(DTPA)
B-1	肺血流	F-2	腎アンギオ(MAG3)
B-2	肺換気	F-3	腎静態(DMSA)
C 脳神経		G 甲状腺	
C-1	脳血流	G-1	甲状腺I-123(摂取率も含む)
C-2	ドーパミントランスポータ	G-2	甲状腺Tc(摂取率も含む)
C-3	心交感神経(MIBG)	H 内分泌	
D 消化器		H-1	副腎髓質I-123MIBG
D-1	唾液腺	H-2	副甲状腺(MIBI)

<核医学検査をご依頼くださる先生方へ>

核医学検査は、ごく微量の放射線を出す「放射性医薬品」を体内に投与し、そこから出る放射線を専用のカメラでとらえて、臓器の形や働きを調べる検査です。安全に、そして正確な結果を得るために、以下の点についてご確認とご協力をお願いいたします。

1. 放射性医薬品による被ばくについて

核医学検査で使用する放射性医薬品の量はごくわずかで、一般的なX線撮影やCT検査と同等、あるいはそれ以下です。また、薬は時間の経過とともに放射線を出す能力が弱まり、便や尿とともに速やかに体外へ排出されます。健康に影響が出る心配はありませんので、ご安心ください。

2. 検査前の食事、飲み物、投薬の制限

検査の種類によっては、正確な診断をするために食事制限や、特定の飲み物、投薬の制限が必要な場合があります。

- ① 心筋血流(タリウム)ストレス 前日夜からコーヒー、紅茶、緑茶などのカフェイン類と検査当日の朝食は摂らないでください。ただし水、白湯は十分飲んでください。
- ② 心筋代謝BMIPP 検査当日の朝食は摂らないでください
- ③ 唾液腺シンチ 検査1時間前は飲食しないでください。
- ④ 甲状腺I-123 検査1週間前からヨード(ヨウ素)を含む食品(海藻類、魚、貝類など)の摂取を制限してください。

3. 周囲の方への影響と接触制限

検査直後は、体内の薬から微量の放射線が出ています。そこで、小児や妊婦さんとの接触:検査当日は乳幼児や小児、妊娠中の方との長時間の密接な接触(抱っこや添い寝など)は極力避けてください。

4. 妊娠中・授乳中の方へ

放射線による胎児への影響を考慮し、妊娠中またはその可能性のある方との接触は、検査終了後数時間避けてください。また授乳中の方は一定期間授乳を控えていただく場合がありますので、必ず医師やスタッフにご相談ください。

5. 海外渡航の予定がある方へ

検査後数日間は、空港などの非常に感度の高い放射線検知器に反応してしまうことがあります。近いうちに海外渡航(出入国)の予定がある方は、証明書を発行いたしますので、事前にお申し出ください。

6. キャンセル・日程変更について

この検査で使用する薬は、患者さまの予約に合わせて非常に高価で検査当日しか使えない薬を発注・準備いたします。

※キャンセルや日程変更が必要な場合は、必ず「検査日の2日前」までに虎の門病院・核医学検査室にご連絡ください。

(改めて、ご依頼くださる先生へのお願い)

検査項目によって具体的な制限は異なりますので、必要な箇所をご確認の上でご説明をお願いします。

個別の指示については、当院ホームページに掲載してある検査説明書を併せてご参照いただけますと幸いです。

また、保険診療の適正な利用が求められております。診療情報提供書には、保険適用が認められている病名と検査目的・現病歴をなるべく詳しく記載していただきますよう、併せてお願い申し上げます。

ご説明いただきましたら、診療情報提供書の

☐ **検査説明書に沿った説明を行いました。**

にチェックいただき、医療連携室までご返信くださいますよう、お願い申し上げます。