RI 検査（シンチ）申込書

申込み日　　年　　月　　日

フリガナ 患者氏名	貴病院名（TEL、FAX 番号は必ず記入ください） TEL　　－　　－
性別　男・女　　年齢　　歳	FAX　　－　　－
生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日	診療科名
身長　　cm　体重　　kg	依頼医師名

患者連絡先（必ずご記入下さい）

住所　〒　　－

TEL　　－　　－

携帯　　－　　－

該当項目にチェックをお願いします。

□骨シンチ（^{99m}Tc-HMDP）　，　□脳血流シンチ（^{123}I-IMP）　，　□脳血流シンチ（^{99m}Tc-ECD）

□ドパミントランスポーターシンチ（^{123}I-イオフルパン（DaTSCAN））

□副甲状腺シンチ（^{99m}Tc-MIBI）　，　□MIBG 心筋交換神経シンチ（^{123}I-MIBG）

□Tl（タリウム）心筋シンチ（負荷：薬剤負荷　または　運動負荷のいずれかを丸で選択して下さい）

□腎動態シンチ（^{99m}Tc-MAG3）　，　□腎静態シンチ（^{99m}Tc-DMSA）

□リンパシンチ（^{99m}Tc-HSAD）（上肢　または　下肢のいずれかを丸で選択して下さい）

□その他（　　）

臨床経過

必須事項（医療法施行規則の改正により、被ばくに関する説明が必須となりました）

□医療放射線被ばくに関する説明済（チェックが無い場合、検査ができません）

説明資料は、「当院 HP→医療関係者の方へ→検査のお申し込み→RI 検査」にあります。ご活用下さい。

以下の確認事項を記入して下さい。

・ペースメーカー	無　・　有（機種名：　　）※有の場合は、ペースメーカー手帳要持参		
・グルコース測定器	無　・　有　※有の場合、外して検査を行います。		
・治療歴	手術歴　無　・　有（　　年　　月　術式　　）		
	化学療法　無　・　有（　　年　　月）放射線治療　無　・　有（　　年　　月）		
・現在状態	妊娠　無　・　有	透析　無　・　有	認知機能低下　無　・　有（　　）
	外来　・　入院中	３０分間の仰臥位　可能　・　不可	閉所恐怖症　無　・　有
・乳がん腋窩郭清	無　・　有（右　・　左　・　両方）		
・移動	独歩　・　車椅子　・　ストレッチャー		
・感染症	無　・　有（　　）		
・施行済検査	CT・MRI・US・RI・他（　　）※直近の画像データおよび画像レポート要持参		

※全て記入のうえ、Fax して下さい。

国立大学法人　三重大学医学部附属病院　ＲＩ検査室

Tel：059-232-1111（内線５３５１）、Fax：059-231-5467