

㊤ 核医学検査依頼書・診療情報提供書

甲府脳神経外科病院 宛

検査依頼日

年 月 日 ()

FAX:055-226-9521

〒400-0805

山梨県甲府市酒折1-16-18

055-235-0995(代)

予約センター専用番号

055-225-0022

御紹介医療機関名	
電話番号	
御紹介医	(印)

フリガナ		性別	男・女	年齢
氏名		生年月日		才
住所				
連絡先		携帯	(本人・家族)	

検査予約日時 ※お伝えしました日時を記載願います

年 月 日 () 時 (MIBG・ダットスキャン検査の場合は午前注射午後検査)

検査目的・連絡事項

☆紹介状 あり なし (無い場合、病名、具体的な症状経過等を記入してください)

※紹介状がある場合には一緒にFAXしてください

★検査項目 にチェックをお願い致します

<input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ
<input type="checkbox"/> ¹²³ I-IMP
<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc-ECD
<input type="checkbox"/> ¹²³ I-IOF
<input type="checkbox"/> ドパミントランスポーターシンチグラフィ (ダットスキャン)
¹²³ I-FP-CIT
<input type="checkbox"/> 心筋交感神経機能シンチグラフィ
¹²³ I-MIBG
<input type="checkbox"/> 定量検査 (脳血管障害や脳循環予備能の評価)
定量検査が必要な場合は直接予約センターまでお問合せ下さい。

★核医学検査 事前チェック項目 (わかる範囲で記載をお願い致します)

体重 (必須)	kg	
移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤・喘息・ヨード過敏症・アルコール) (その他)
妊娠または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
手術の既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()