Ⓐ 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
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

甲府脳神経外科 カルテNO(当院記載)

御紹介医療機関名		
電話番号		
御紹介医	科	㊞

フリガナ		性 別	男 ・ 女	年齢
患者氏名		生年月日		オ
住 所				
携帯番号	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

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）の場合は午前に注射し午後に検査 ・ 心筋交感神経機能シンチグラフィ(MIBG)の場合は午前と午後に検査

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

病名

症状経過

★検査項目 □にチェックをお願い致します

□ 脳血流シンチグラフィ

- □ ^{123}I-IMP
- □ ^{99}mTc-ECD
- □ ^{123}I-IOF

□ 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

□ 心筋交感神経機能シンチグラフィ

- ^{123}I-MIBG

□ 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放射線科で対応いたします。予約センターまで連絡ください

★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　□ 独歩　□ 車イス　□ ストレッチャー

アレルギー　□ なし　□ 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　□ なし　□ あり
(女性の方のみ記載)

手術の既往　□ なし　□ あり　(　　)

MMSE　　点　MMSE実施日　　年　　月　　日