SPECT-CT 検査依頼書 （診療情報提供書）

年　　月　　日

医療法人 医誠会
医誠会国際総合病院　核医学診断センター
担当先生御侍史

病 院 名
住　　所
診 療 科
医 師 名

検査予約日時	令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分☐

フリガナ		男・女	明・大・昭・平　　年　　月　　日
患者氏名			連絡先電話番号　　－　　－
依頼内容	【頭部】 ☐ 脳血流シンチ（安静）　☐ ダットスキャン　☐ てんかん焦点シンチ 【頸部】 ☐ 甲状腺シンチ　☐ 副甲状腺シンチ　☐ 唾液腺シンチ　☐ 頸部タリウムシンチ 【心臓】 ☐ 心筋血流シンチ（安静）　☐ 心筋交感神経シンチ　☐ 心筋脂肪酸代謝シンチ　☐ 心アミロイドーシスシンチ 【胸腹部】 ☐ 肺血流シンチ　☐ 肝静態シンチ（肝・脾）　☐ 肝アシアロシンチ　☐ 肝・胆道シンチ　☐ 腎静態シンチ　☐ 腎動態シンチ　☐ 副腎皮質シンチ　☐ 副腎髄質シンチ　☐ メッケル憩室シンチ　☐ 消化管出血シンチ　☐ ソマトスタチン受容体シンチ 【全身】 ☐ 骨シンチ　☐ 骨髄シンチ　☐ ガリウム腫瘍・炎症シンチ　☐ タリウム腫瘍シンチ		
臨床診断			
検査目的			
チェック項目	アルコール過敏症はありますか？　☐ はい　☐ いいえ		
備考	歩行　：可・不可 介助　：要・不要 閉所恐怖症　：なし・あり 感染症　：なし・あり　（HBV(+)・HCV(+)・その他〔　　〕） 妊娠　：なし・あり　妊娠の可能性がある方も検査を受けることができません	歩行不可または介助要の方は、尿道バルーン留置が必要です	
その他			

1. 検査予約日時の変更・取り消しは、検査前日（前日が祝日の場合は前々日）の正午まで、
土日祝を挟む場合は前週の金曜日（祝日の場合は木曜日）までに、核医学診断センターまでご連絡ください。

※検査によってはキャンセル期限がより早い場合がございます。別紙の検査説明をご確認ください。

2. この検査依頼書に記載されている個人情報は、SPECT-CT検査目的以外に利用いたしません。

医療法人医誠会　医誠会国際総合病院　核医学診断センター　〒530-0052　大阪市北区南扇町4-14

【 受付時間　月～金　8:30 – 17:00 】 TEL 0570-099166　FAX 06-4301-5645