

核医学検査依頼・診療情報提供書

綾瀬循環器病院 宛
FAX: 03-3605-2118

〒120-0006 足立区谷中2-16-7
TEL: 03-3605-2811

御紹介医療機関名	
電話番号	
御紹介医	先生

検査依頼日 年 月 日

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
氏名		生年月日	T・S H・R 年 月 日
住所			
連絡先	TEL:	携帯:	
希望日時	第1希望	年 月 日 ()	備考
	第2希望	年 月 日 ()	備考
検査目的(具体的な指示などがあれば記入して下さい)			

検査項目 にチェックをお願い致します

心筋血流シンチグラフィ

^{99m} Tc	<input type="checkbox"/> 安静+負荷 [負荷方法]	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 薬剤
	<input type="checkbox"/> 安静1回のみ		

脳血流シンチグラフィ

^{99m} Tc-ECD	<input type="checkbox"/> 安静+負荷 [負荷方法]	<input type="checkbox"/> 薬剤のみ(DIAMOX)
	<input type="checkbox"/> 安静1回のみ	

肺血流シンチグラフィ

^{99m} Tc-MAA	<input type="checkbox"/> 肺血流のみ	<input type="checkbox"/> 下肢静脈のみ
	<input type="checkbox"/> 肺血流+下肢静脈	

RI検査事前チェック (わかる範囲で記載をお願い致します)

アレルギー	有り	無し
有りの方 症状(・薬剤 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ 喘息 ・ ヨード過敏症 ・ 食品 ・ その他)	
喘息:	有り	無し
妊娠 (月)	有り	無し
手術の既往	有り	無し (手術名:)
不整脈	有り	無し
体内式ペースメーカー	有り	無し

検査結果は読影後、郵送させていただきます

検査に関する注意事項も必ずお読みください

核医学検査を受ける時の注意事項について

- ・検査はあやせ循環器リハビリ病院地下1階で行います。
検査当日は来院したら受付窓口はこの予約票を提示して下さい。ご案内しますのでお待ち下さい。
- ・核医学検査は完全予約制ですので他の患者さんに負担がかからないように時間厳守でお願いします。
- ・予約を変更、またはキャンセルされる場合は前日の正午までにご連絡下さい。

[心臓の検査を受ける方]

- ・検査当日は必ず朝食(卵・乳製品など高脂肪食が望ましい)をお召し上がり下さい。
- ・検査終了まで外出できませんので昼食(卵・乳製品など高脂肪食が望ましい)と飲料水をご持参下さい。
- ・前日夕方(18時)から、カフェインを含む食事はとらないで下さい。
お茶、コーヒー、コーラなど成分表にカフェインの記載のある食べ物・飲み物が中止対象です。
(カフェインレス、デカフェと表記の食べ物・飲み物はカフェインが含まれています)
できれば、前日夕方(18時)から検査開始までの水分補給は水でお願いします。
- ・硝酸薬、硝酸類似薬及び喘息の薬を服用されている方は検査当日のみ服用を中止して頂く場合があります。
(処方がある場合処方内容を依頼票と共にFAXして下さい。中止して頂く薬がある場合当院から御連絡致します)
- ・検査前に、RI製剤を注入するための針を腕に刺します。
- ・検査時には心臓へ負荷をかける為に、自転車漕ぎ運動を行います。動きやすい服装でお越しください。
また、金属のボタンや装飾品のある服はご遠慮下さい。運動不可の場合は薬剤で負荷をかけます。
- ・妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方、および授乳中の方は、検査予約時に必ず申し出て下さい。
- ・検査終了後、保険の種類によっては、自己負担によるお会計が発生しますのでご注意ください。
(例:[3割負担]・・・約¥27000~31000)

[脳・肺・下肢静脈の検査を受ける方]

- ・検査当日、食事制限はありません。
- ・脳の検査を受ける方で、ダイアモックスを服用されている方は、2日前から内服・投与を中止して頂きます。
(処方がある場合処方内容を依頼票と共にFAXして下さい。中止して頂く薬がある場合当院から御連絡致します)
- ・肺・下肢静脈の検査を受ける方は、検査当日、普段服用している薬はいつもどおり飲んで下さい。
- ・検査前にRI製剤を注入するための針を腕または足背に刺します。
〔 脳血流・肺血流のみの検査は腕にIVラインをとります。 〕
〔 下肢静脈の検査は足背にIVラインをとります。 〕
- ・妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方、および授乳中の方は、検査予約時に必ず申し出て下さい。
- ・検査終了後、保険の種類によっては、自己負担によるお会計が発生しますのでご注意ください。
(例:[3割負担]・・・約¥20000~25000)

《交通案内》

医療法人社団栄悠会 あやせ循環器リハビリ病院

〒120-0006 東京都足立区谷中3-12-10
TEL03-3605-2831(代)/FAX03-3605-2500

東京メトロ千代田線北綾瀬駅より徒歩5分



核医学検査 お申込み手順

- ①「検査依頼・診療情報提供書」に必要事項(患者情報・紹介医療機関情報・検査項目・事前チェック)をご記入の上、FAX送信してください。
(綾瀬循環器病院 地域医療連携室 FAX:03-3605-2118)
FAX送信した後は貴院での控えとなりますので、保管用としてお使いください。
- ②必ず「**検査に伴う問診**」・「**検査を受けるときの注意事項**」について説明した後、お手数ですが**コピーして頂き**患者さんにお渡し下さい。
- ③患者さんには、検査予約票と健康保険証をご持参頂き、検査予約時間の20分前にご来院頂くようにご説明下さい。
- ④貴院からFAXを受け取り次第、検査予約状況を確認致します。
その後、電話で直接検査日をお伝えしますので、検査日時にご記入お願い致します。
(地域医療連携室から予約確認票をFAXにて送信致します)
- ⑤検査は**あやせ循環器リハビリ病院**(旧 綾瀬循環器病院)で行います。

〒120-0006 東京都足立区谷中2-16-7

綾瀬循環器病院

03-3605-2811