

アイソトープ検査依頼書

放射線科用

検査日	令和	年	月	日	時	分
注射日	令和	年	月	日	時	分

様 依頼施設名	コピー	感染症（有・無・未） 【Tbc・HBs抗原・HCV・HIV・MRSA・その他（ ）】
	Film	妊娠の有無（有・無） 臨床診断・主訴
	CD-R	
	不要	

検査項目		
・ 脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> Tc-ECD・PAO <input type="checkbox"/> I-123 IMP・イオフェタミン <input type="checkbox"/> I-123 ミオMIBG <input type="checkbox"/> I-123 DAT SCAN	前処置はありません。 前処置はありません。 前処置はありません。撮影は2回あります。 前処置はありません。9時注射、撮影は14時20分になります。
・ 唾液腺シンチ	<input type="checkbox"/> テクネチウム	前処置はありません。
・ 甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/> テクネチウム	前処置はありません。
・ 副甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/> Tc-MIBI	前処置はありません。
・ 腎(形態)シンチ	<input type="checkbox"/> Tc-DMSA	前処置はありません。
・ 腎(動態)シンチ	<input type="checkbox"/> Tc-MAG3・DTPA ラッシュクス負荷（有・無）	前処置はありません。
・ 副腎皮質シンチ	<input type="checkbox"/> I-131 アドステロール	甲状腺ブロックが必要です。撮影は注射1週間後になります。
・ 副腎髄質シンチ	<input type="checkbox"/> I-123 ミオMIBG	前処置はありません。撮影は注射翌日になります。
・ 骨シンチ	<input type="checkbox"/> Tc-MDP・HMDP 体重 kg	前処置はありません。9時注射、撮影は午後になります。
・ ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> クエンサンガリウム 体重 kg	撮影前日に下剤を服用してください。 撮影は注射3日後になります。
・ その他	<input type="checkbox"/> []	

検査目的・希望事項
