

RI 検査説明書

ふりがな 氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	性別	男・女
依頼医療 機関名			
検査予約日	年 月 日 () : ~		

○アイトープ(RI)検査室はエレベーターBにて地下2階で降り、左手に進んだところにあります。

【注意事項】

1. 検査内容により、検査の順番が異なることがありますので予めご了承ください。
2. 妊娠中、または授乳中の方は、ご予約前に医師に申し出てください。
3. 検査の日は、小さなお子様をお連れにならないようお願い致します。
4. 車でお越しの方は、駐車場が大変混み合っている場合があります。ご迷惑おかけ致します。

【お願い】

この検査は、各人専用の高価な医療品を予約購入して行うため、急な中止は避けてください。

万が一、検査を受けられなくなった場合は、検査前日14:00までにご連絡ください。

また、当日検査予約時間に遅れそうになった場合は、予約時間30分前までにご連絡ください。

その他ご不明な点がございましたら、**地域医療連携室(直通) 052-201-5333**
までお問い合わせください。

該当検査の□内に、レ点をご記入ください。

骨シンチ (10時に注射、午後に撮影)

- 検査当日は、**9時45分**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限、水分の制限はありません。

心筋血流+心筋脂肪酸シンチ

- 検査当日は、予約時間**15分前**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限は下記☑項目に従って下さい。水分の制限はありません。
 - 服薬中止(主治医の指示に従ってください)
 - 検査前4時間 絶食

心筋交感神経機能(MIBG)シンチ

- 検査当日は、予約時間**15分前**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限、水分の制限はありません。
 - 服薬中止(主治医の指示に従ってください):3環系抗うつ剤は、一週間前から投与中止です。

脳血流シンチ

- 検査当日は、予約時間**15分前**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限、水分の制限はありません。

脳DAT（10時に注射、午後撮影）

- 検査当日は、**9時45分**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限、水分の制限はありません。（他の検査がある場合はご注意ください）
- 以下の薬を服用中の場合検査画像に影響がある為、休薬が推奨されています。主治医の指示に従ってください。（休薬をする場合の参考期間を記載）
 - ・選択的セロトニン再取り込み阻害薬
（フルボキサミンマレイン酸塩 5日、パロキセチン塩酸塩水和物 5日、塩酸セルトラリン 6日）
 - ・中枢神経刺激薬（メチルフェニデート塩酸塩 2日）
 - ・三環系抗うつ剤（アモキサピン 期間の記載なし）
 - ・食欲抑制剤（マジンドール 3日）
 - ・コカイン系製剤（コカイン塩酸塩 2日）
 - ・中枢興奮剤（メタンフェタミン塩酸塩 3日）

腎動態シンチ（薬剤負荷なし）

- 検査当日は、予約時間**15分前**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限、水分の制限はありません。

唾液腺シンチ

- 検査当日は、予約時間**15分前**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限は下記☑項目に従って下さい。水分の制限はありません。
 - ☑ 検査前1時間は絶食（ガムや飴なども摂取しないでください）
 - ☑ レモン3スライス程度、もしくは、梅干し1個を持参して下さい
 - ☐ 服薬中止（主治医の指示に従ってください）

甲状腺形態（Tc）シンチ

- 検査当日は、予約時間**15分前**までに新患窓口までお越しください。
- 食事制限、水分の制限はありません。
 - ☐ 服薬中止（主治医の指示に従ってください）