

■「RI検査申込書」は、お手数ですが検査日までに地域医療連携室までFAX願います。(FAX:052-201-5370)

R I 検査申込書

来院日時: 年 月 日 AM・PM 時
 第2回目: 年 月 日 AM・PM 時

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 () :	~		

依頼医師	技師

臨床情報及び連絡事項(依頼目的を詳細に記入してください)

・読影依頼(あり・なし) ・前回のRI(あり・なし) ○患者様の体重 _____Kg(薬剤投与量算定の為、ご記入願います)

※注意事項

- ・薬剤投与時間と撮影時間が異なる検査があります。来院日時にご注意の上、お間違いのないようお越してください。
- ・心筋血流+心筋脂肪酸は、検査前4時間の絶食が必要です。
- ・唾液腺は検査前1時間の絶食が必要です。又、検査でレモンか梅干しを使用します。**必ずどちらかご持参ください。**
- ・心筋交感神経機能(MIBG)は、3環系抗うつ剤をご使用の場合は検査1週間前より投与を中止してください。
- ・脳DATは、選択的セロトニン再取り込み阻害薬や中枢神経刺激薬、三環系抗うつ剤、食欲抑制剤、コカイン系製剤、中枢興奮剤の種類によっては休薬が推奨される場合がありますので、ご予約の際にお問い合わせください。

検 査 名	
骨(全身)	○骨
心筋	○心筋血流+心筋脂肪酸 ○心筋交感神経機能(MIBG)
脳	○脳血流 ○脳DAT
腎	○腎動態(薬剤負荷なし)
頸部	○唾液腺 ○甲状腺形態(Tc)