

# 診療情報提供書 R I 検査依頼書 (本人様お控え)

受診者情報		申込日		年	月	日
フリガナ	氏名		紹介元医療機関名			
	様 男・女		診療科			
M・T・S・H	年	月	日生	才	主治医	
	住所(〒 - )		電話 ( ) -			
	電話番号 (日中連絡のつくところ)		- -			
I D		身長	cm	体重	kg	
投薬日時	年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
測定日時	年	月	日 ( )	午前・午後	時	分

検査当日は、保険証と依頼書を必ずご持参の上、検査開始時間の20分前にはお越し下さい。

## お願い

薬剤は当日中しか使う事ができませんので、検査日時にお越しになれない場合は投薬日前日(15時)までに必ずご連絡下さい。

検査は20分～30分安静にさせていただく必要があります。安静が無理な場合も事前にご連絡下さい。

## R I 検査について

R I 検査では微量の放射線を含む薬剤を投与し、体内から放出される放射線を専用の装置(ガンマカメラ)で受けて画像にします。薬剤は微量であり、体内から早く排泄されますので副作用の頻度は非常に低く、体に悪影響(放射線障害)を与える事はありません。

しかし、胎児への安全性は確立されていないので、妊娠中の方・妊娠の可能性のある方は検査を受ける事ができません。

## 前処置について

検査によって前処置が必要な場合がございます。前処置が必要な場合は予約時にお伝えしますので、指示をお守り下さい。

### [前処置の一例]

検査名	前処置
心筋シンチ	検査3時間前より絶食
ガリウムシンチ	検査前日に下剤を服用
副腎皮質シンチ	注射2日前より甲状腺ブロック 検査前日に下剤を服用
副腎髄質シンチ	注射2日前より甲状腺ブロック
唾液腺シンチ	検査3時間前より絶食

甲状腺ブロック：ヨウ化カリウム50mg / 1日を5日間服用

## 主治医の先生へのお願い

- ・妊娠の可能性がある場合や、妊婦には原則検査ができませんので事前のご確認をお願いします。
- ・前処置(甲状腺ブロックなど)で薬剤が必要な場合は薬剤の処方をお願いします。
- ・負荷心筋シンチは運動負荷のみを実施しています。
- ・検査依頼書は太枠の中以外、全てご記入をお願いします。
- ・CD-Rによる画像提供を希望される場合は所定欄にチェックをして下さい。(その際はフィルムは付きません。)
- ・検査を中止にする場合は、検査の前日までに御池クリニック TEL(075)823-3000までご連絡下さい。



(坂崎診療所 改め)

## 御池クリニック

人間ドック・PET画像診断センター

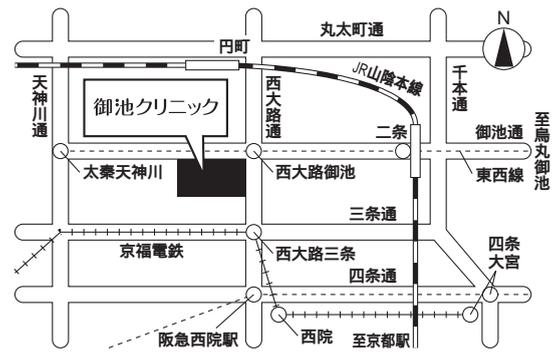
〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町11  
SHIMADZU PLAZA 1F(西大路御池西南角)

TEL 075-823-3000 (代表)  
075-823-3080 (予約直通)

FAX 075-823-3201

URL <http://www.oike-clinic.jp/>

本依頼書は上記のホームページからもダウンロード可能です。



京都市営地下鉄東西線「西大路御池駅」出入口3番からすぐ

# 診療情報提供書 R I 検査依頼書 (御池クリニック宛)

御池クリニック 担当医 宛

※太枠内以外を全てご記入下さい。

受診者情報		申込日 年 月 日			
フリガナ 氏名 様 男・女		紹介元医療機関名			
M・T・S・H 年 月 日生 才		診療科 主治医			
住所(〒 - )		電話 ( ) -			
電話番号 (日中連絡のつくところ)		- -			
ID		身長	cm	体重	kg
投薬日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時	分	
測定日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時	分	
<u>臨床診断名</u>		<u>手術歴</u>			
<u>現病歴 (症状)</u>					
<u>検査目的</u> <input type="checkbox"/> スクリーニング					
<u>検査項目</u>					
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋(タリウム負荷+安静)	<input type="checkbox"/> ガリウム腫瘍シンチ			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ( <sup>123</sup> I)	<input type="checkbox"/> 心筋(タリウム安静のみ)	<input type="checkbox"/> タリウム腫瘍シンチ			
<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>99m</sup> Tc)	<input type="checkbox"/> 心筋: その他	<input type="checkbox"/> 肝シンチ(スズコロイド)			
<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>201</sup> Tl)	( )	<input type="checkbox"/> 肝アジアロシンチ( <sup>99m</sup> Tc-GSA)			
<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>99m</sup> Tc+ <sup>201</sup> Tl)	<input type="checkbox"/> 唾液腺・耳下腺	<input type="checkbox"/> 肝胆道シンチ			
<input type="checkbox"/> 甲状腺(ヨードカプセル)	<input type="checkbox"/> 副腎皮質(アドステロール)	<input type="checkbox"/> 腎シンチ( <sup>99m</sup> Tc-DMSA)			
<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> 副腎髄質(MIBG)	<input type="checkbox"/> レノグラム			
		<input type="checkbox"/> メッケル憩室			
		<input type="checkbox"/> 消化管出血			
○検査についてのご指示はこちらにご記入下さい。					
※画像返却方法にチェックをお願いします。(必ずチェックをお願いします。)					
<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (どちらも必要な場合は両方にチェックをして下さい。)					
薬品名	( MBq)	生食	20ml×	本	
	( MBq)	手技	全身・SPECT・動態・静態		
フィルム枚数	<input type="checkbox"/> 大四× 枚	<input type="checkbox"/> CD-R	1枚	技師	

御池クリニック

RI(御池クリニック控)

代表 TEL 075-823-3000

FAX 075-823-3201

# 診療情報提供書 R I 検査依頼書 (ご依頼先控え)

受診者情報		申込日	年	月	日
フリガナ	氏名	様	男・女	紹介元医療機関名	
M・T・S・H	年 月 日生 才			診療科	主治医
住所(〒 - )		電話 ( ) -			
電話番号 (日中連絡のつくところ)		- -			
I D		身長	cm	体重	kg
投薬日時	年 月 日 ( )	午前・午後		時	分
測定日時	年 月 日 ( )	午前・午後		時	分
<u>臨床診断名</u>			<u>手術歴</u>		
<u>現病歴 (症状)</u>					
<u>検査目的</u> <input type="checkbox"/> スクリーニング					
<u>検査項目</u>					
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋(タリウム負荷+安静)	<input type="checkbox"/> ガリウム腫瘍シンチ			
<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ( <sup>123</sup> I)	<input type="checkbox"/> 心筋(タリウム安静のみ)	<input type="checkbox"/> タリウム腫瘍シンチ			
<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>99m</sup> Tc)	<input type="checkbox"/> 心筋: その他	<input type="checkbox"/> 肝シンチ(スズコロイド)			
<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>201</sup> Tl)	( )	<input type="checkbox"/> 肝アシアロシンチ( <sup>99m</sup> Tc-GSA)			
<input type="checkbox"/> 甲状腺( <sup>99m</sup> Tc+ <sup>201</sup> Tl)	<input type="checkbox"/> 唾液腺・耳下腺	<input type="checkbox"/> 肝胆道シンチ			
<input type="checkbox"/> 甲状腺(ヨードカプセル)	<input type="checkbox"/> 副腎皮質(アドステロール)	<input type="checkbox"/> 腎シンチ( <sup>99m</sup> Tc-DMSA)			
<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> 副腎髄質(MIBG)	<input type="checkbox"/> レノグラム			
		<input type="checkbox"/> メッケル憩室			
		<input type="checkbox"/> 消化管出血			
○検査についてのご指示はこちらにご記入下さい。					
※画像返却方法にチェックをお願いします。(必ずチェックをお願いします。)					
<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (どちらも必要な場合は両方にチェックをして下さい。)					
薬品名	( MBq)	生食	20ml×	本	
	( MBq)	手技	全身・SPECT・動態・静態		
フィルム枚数	<input type="checkbox"/> 大四×	枚	<input type="checkbox"/> CD-R	1枚	技師

※太枠内以外を全てご記入下さい。