

# 診療情報提供書 RI検査 依頼書

(御池クリニック分)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

|          |  |
|----------|--|
| 紹介元医療機関名 |  |
| 診療科      |  |
| 主治医      |  |
| 電話       |  |

《1枚目》 お申込日 年 月 日

|      |       |                         |    |
|------|-------|-------------------------|----|
| フリガナ |       | 性別                      |    |
| 氏名   |       | <input type="radio"/> 男 |    |
|      |       | <input type="radio"/> 女 |    |
| 生年月日 | 年 月 日 | 歳                       | ID |

|      |           |                          |     |
|------|-----------|--------------------------|-----|
| 来院日時 | 年 月 日 ( ) | <input type="radio"/> 午前 | 時 分 |
|      |           | <input type="radio"/> 午後 |     |

|         |                                  |     |
|---------|----------------------------------|-----|
| 臨床診断名   |                                  | 手術歴 |
| 現病歴(症状) |                                  |     |
| 検査目的    | <input type="checkbox"/> スクリーニング |     |

| 検査項目   | 検査についてのご指示はこちらに |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 骨シンチ                          |                 |
| <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ                        |                 |
| <input type="checkbox"/> DATスキャン<br>休薬リストの確認をお願いします。   |                 |
| <input type="checkbox"/> 心筋MIBGシンチ<br>休薬リストの確認をお願いします。 |                 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺テクネシンチ<br>(摂取率・形態測定)       |                 |
| <input type="checkbox"/> 副腎髓質 (MIBG) シンチ               |                 |
| <input type="checkbox"/> ピロリン酸シンチ                      |                 |

御池クリニック記入欄

|  |
|--|
|  |
|--|

# 診療情報提供書 RI検査 依頼書

(ご依頼元控え)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

|          |  |
|----------|--|
| 紹介元医療機関名 |  |
| 診療科      |  |
| 主治医      |  |
| 電話       |  |

《2枚目》 お申込日 年 月 日

|      |       |                         |    |
|------|-------|-------------------------|----|
| フリガナ |       | 性別                      |    |
| 氏名   |       | <input type="radio"/> 男 |    |
|      |       | <input type="radio"/> 女 |    |
| 生年月日 | 年 月 日 | 歳                       | ID |
|      |       | 電話<br>(日中連絡のつくところ)      |    |

|      |           |                          |     |
|------|-----------|--------------------------|-----|
| 来院日時 | 年 月 日 ( ) | <input type="radio"/> 午前 | 時 分 |
|      |           | <input type="radio"/> 午後 |     |

|         |                                  |     |
|---------|----------------------------------|-----|
| 臨床診断名   |                                  | 手術歴 |
| 現病歴(症状) |                                  |     |
| 検査目的    | <input type="checkbox"/> スクリーニング |     |

| 検査項目   | 検査についてのご指示はこちらに |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 骨シンチ                          |                 |
| <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ                        |                 |
| <input type="checkbox"/> DATスキャン<br>休薬リストの確認をお願いします。   |                 |
| <input type="checkbox"/> 心筋MIBGシンチ<br>休薬リストの確認をお願いします。 |                 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺テクネシンチ<br>(摂取率・形態測定)       |                 |
| <input type="checkbox"/> 副腎髓質 (MIBG) シンチ               |                 |
| <input type="checkbox"/> ピロリン酸シンチ                      |                 |

＜主治医の先生へのお願＞

- ・妊娠中の方(妊娠の可能性も含む)には原則検査ができませんので、事前に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。
- ・検査依頼書の太枠以外の項目を全てご記入をお願いします。
- ・検査を中止する場合、検査前日の12時まで御池クリニック(075-823-3336)へご連絡ください。

# 診療情報提供書 RI検査 依頼書

(ご案内および注意事項)

|          |  |
|----------|--|
| 紹介元医療機関名 |  |
| 診療科      |  |
| 主治医      |  |
| 電話       |  |

《3枚目》 お申込日 年 月 日

|      |       |  |                    |
|------|-------|--|--------------------|
| フリガナ |       | 性別   |                    |
| 氏名   |       | <input type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | 電話<br>(日中連絡のつくところ) |
| 生年月日 | 年 月 日 | 歳  | ID                 |

|      |           |  |     |
|------|-----------|--|-----|
| 来院時間 | 年 月 日 ( ) | <input type="radio"/> 午前<br><input type="radio"/> 午後 | 時 分 |
|------|-----------|--|-----|

- ◆保険証と依頼書（御池クリニック宛）を必ずお持ちください。
- ◆検査は予約制です。予約日時にお越しになれない場合は、検査前日までに必ずご連絡ください。
- ◆荷物は全てロッカーに入れていただきます。高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないでください。

## ◆検査について

来所後、受付 → 問診記入 → 薬剤投与 → 更衣・撮影を行います。  
各検査の撮影時間は30分程度です。

【主な検査の投与から撮影までの時間】

- ・骨シンチ：投与2時間半後撮影
- ・脳血流シンチ：投与15分後撮影
- ・DATスキャン：投与3時間後撮影
- ・心筋MIBGシンチ：投与15分後と3時間後撮影
- ・甲状腺シンチ：投与20分後測定
- ・副腎シンチ：投与24時間後測定
- ・ピロリン酸シンチ：投与3時間後測定

## ◆RI検査について

RI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、体内から早く排出されますので体に悪影響(放射線障害)を与える事はありません。

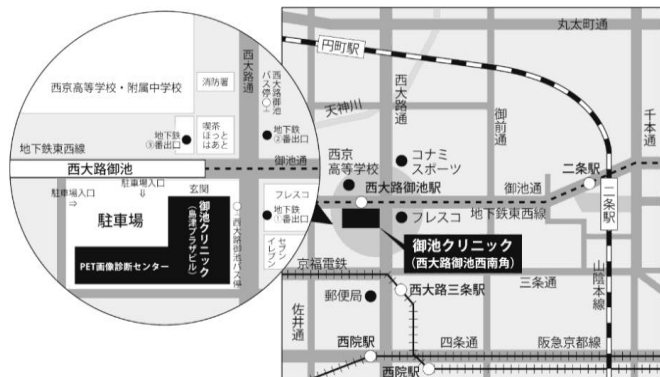
## ◆前処置

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、指示をお守りください。

## ◆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、検査前日（投薬日前日の午前中）までに必ずご連絡ください。
- ・検査は30分程度、仰向けで静止していただく必要があります。
- ・仰向け、静止が難しい場合も事前にご連絡ください。



### 交通アクセス

- 地下鉄東西線西大路御池駅  
③番出入口すぐ
- JR京都駅より  
市バス205系統  
西大路御池下車すぐ  
(金間寺方面)
- 阪急西院駅より 徒歩10分
- 京福電鉄  
西大路三条駅より 徒歩3分
- 駐車場 約40台



**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1-1  
SHIMADZU PLAZA 1F (西大路御池西南角)  
TEL 075-823-3000 (代表)  
075-823-3336 (予約直通)  
FAX 075-823-3201  
URL <http://www.oike-clinic.jp/>