

自治医科大学附属病院 核医学検査の手引き

◆核医学検査のご予約の方法

- 核医学受付： 直通： 0285-58-7159 でご予約を受け付けます。

◆核医学検査のご依頼に際して

※核医学検査の放射線利用について、ご施設の依頼医から患者さんに説明し同意を得る必要があります。

そのうえで核医学検査を依頼するようご協力をお願いいたします。

- 電話予約時に検査予約日時をお伝えしますので、核医学検査紹介状（診療情報提供書）にご記入ください。
- 当院の受診歴の有無を予約時に確認致しますので、事前に患者さんに確認をお願い致します。（当院を受診したことがある患者さんの場合はID番号が既にあります）
- 核医学検査紹介状（診療情報提供書）は、必要事項を記載しFAX（送信先：0285-44-5397 地域医療連携室 宛）で送信してください。
- 検査により撮影時間が30分～1時間近くかかります。仰向けで寝て疼痛のある方は鎮痛剤の内服、持参をお願いします。主な検査の食事制限・注意事項は下記の通りです。

検査名	食事制限	注意事項（撮影時間 分）
骨シンチ	なし	特になし 午前注射、午後撮影(35分)
安静脳血流（IMP）シンチ	なし	特になし(50分)(予約時間は午前、午後可能)
脳ドパミントランスポーター（DAT スキャン）シンチ	なし	注射剤 2.25mL 中に 5%のエタノールを含みます。飲酒に対し強い反応を示す患者さんは、問診により適切かどうか、ご判断ください。午前注射、午後撮影（40分）
心筋 MIBG シンチ	<u>朝食は食べない</u> で来て下さい。	水分摂取可能 午前 注射と撮影、午後 撮影（撮影はそれぞれ 30分）
心筋ピロリン酸シンチ	なし	特になし 午前注射、午後撮影(35分)
肝アシアロシンチ	<u>朝食は食べない</u> で来て下さい。	水分摂取可能（40分） （予約時間は午前のみ）

※上記以外のシンチ検査の詳細は電話予約時にご確認ください。

※ダイアモックス負荷脳血流シンチは受付していません。

◆核医学検査当日

- 検査当日は予約時間の10分前までに核医学検査室 受付までお越しください。
（本館放射線 核医学・PET 専用エレベーターをご利用いただき2階にあります。）
- 検査当日は次のものを持参して下さい。
 1. 紹介状(原本)
 2. 保険証
 3. 診察券（自治医科大学附属病院に受診歴のある患者さんのみ）

◆検査結果について

- 当院の放射線診断専門医が診断します。検査報告書とDICOMデータを後日郵送致します。

連絡先：自治医科大学附属病院 核医学検査受付 0285-58-7159 8:30～17:00（平日）

FAX 送信先番号：0285-44-5397(地域医療連携室)

核医学検査 紹介状(診療情報提供書)

自治医科大学附属病院

年 月 日

[依頼医] 科 先生

医療機関 [所在地]

[名称]

[電話番号・FAX 番号]

医師名 (署名又は記名・押印) 印

核医学検査における放射線利用について患者さんに説明して同意を得ました。

(核医学検査名:)を依頼します。

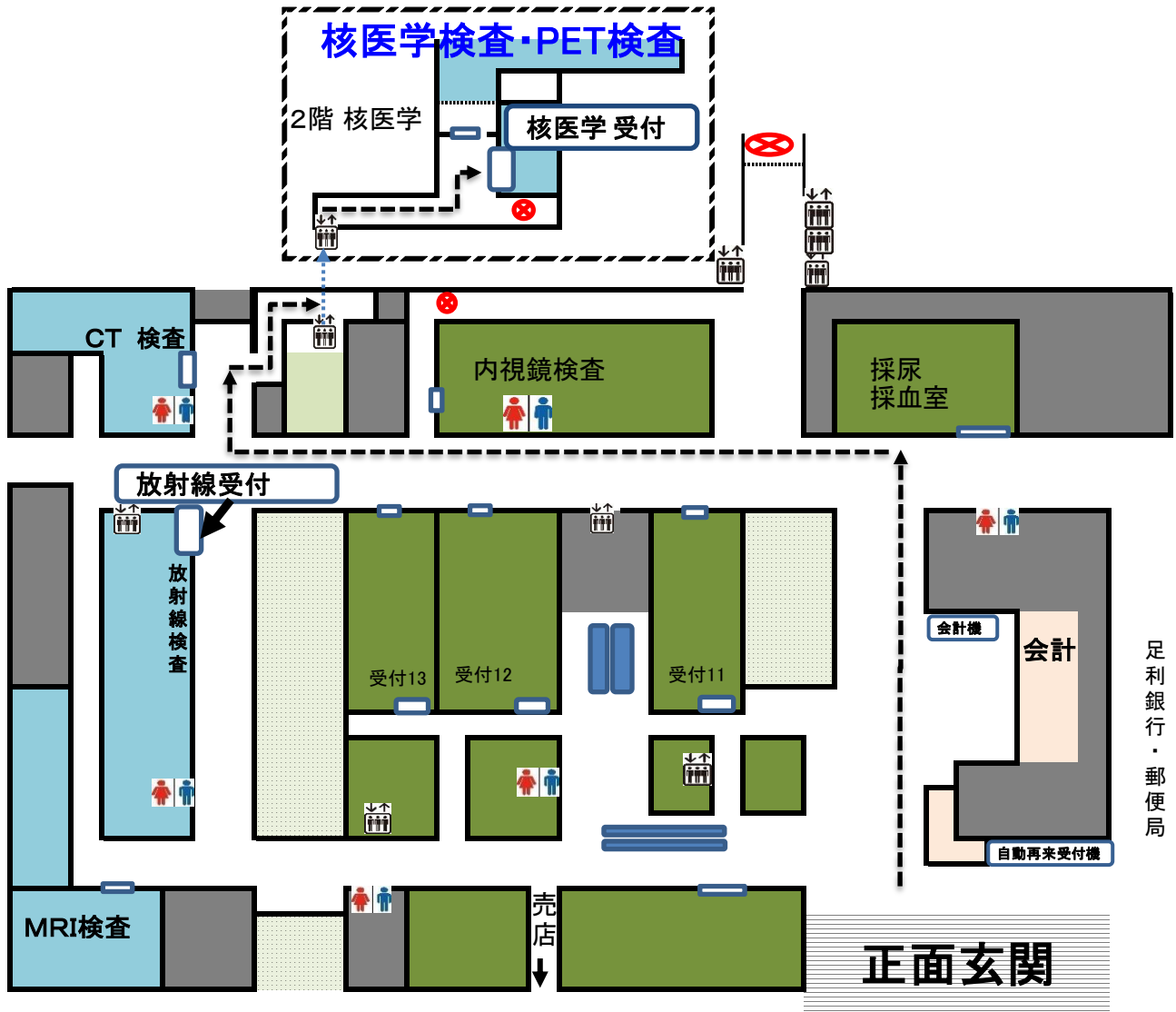
●自治医大附属病院の診察カード (有・無 ID 番号)

ふりがな	
患者氏名: (旧姓)	性別: 男・女
生年月日: 西暦 年 月 日	年齢: 歳
〒 -	
住所:	TEL: ()
【傷病名】	
【紹介目的】	
【既往症及び家族歴】	
【症状経過及び検査結果】	
【治療経過】	
【現在の処方・備考】	

- 事前にカルテを作成するため必ずふりがな・生年月日・住所・電話番号を記入して下さい。
- 必要がある場合は画像診断のデータ(CD)、検査結果の記録を添付してください。
- 検査報告書および検査画像データ(CDR)は医療機関宛てに郵送致します。

問合せ: 0285-58-7159(核医学受付) FAX 送信先: 0285-44-5397(地域医療連携室)

自治医科大学附属病院 核医学検査 院内配置図



自治医科大学附属病院での 核医学()検査は

____月 ____日 ____時 ____分 から行います

予約時間の10分前までに、直接 核医学 受付 にお越しください

検査当日は次のものを持参して下さい。

1. 紹介状(原本)
2. 保険証
3. 診察券 (自治医科大学附属病院に受診歴のある方のみ)