

RI 検 査 予 約 票

(FAX検査紹介患者様用)

患 者 氏 名

様

検 査 名

検 査 日 時

月 日 () 時 分 (注射)

月 日 () 時 分 (測定)

年 月 日

紹介元
医療機関名

住所 〒

TEL

FAX

医師名

◆検査項目◆

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------|
| 1 : 骨シンチ | 6 : 心筋交感神経 (123I-MIBG) | 12 : その他 |
| 2 : 肺換気 | 7 : 甲状腺 (123I・201Tl・99mTc) | [] |
| 3 : 肺血流 | 8 : 脳血流 (99mTc-ECD 負荷なし) | |
| 4 : 副甲状腺 (99mTc-MIBI) | 9 : ガリウムシンチ | |
| 5 : 唾液腺 | 10 : 副腎皮質 (131I-アドステロール) | |
| | 11 : 副腎髄質 (123I-MIBG) | |

※ この検査は薬品を特別に準備しますので、必ず予約日時に来院してください。

【検査当日のご案内】

- ◎ 検査時間30分前に、1番受付「紹介状受付窓口」で、紹介状（診療情報提供書）、予約券、保険証を提示して受付をしてください。）
- ◎ 受付終了後、1階の★印の『15番受付』で予約券をお出してください。
- ◎ 特別に指示のない限り、食事などは普通で結構です。
- ◎ 妊娠している可能性のある方、現在授乳中の方は、3日前までにご連絡ください。

ご来院できない場合は『核医学検査受付』までご連絡ください。また、検査の取消・変更等は、必ず『紹介元の医療機関』にご連絡をお願いいたします。

ご連絡のない場合は、薬品代をご負担して頂く事もありますので、ご了承下さい。

松戸市立総合医療センター 核医学検査受付（平日9:00～16:00）
電話 047-712-2511（代表） *交換よりお繋ぎします。

◆受付場所 : 1 受付



松戸市立総合医療センター
Matsudo City General Hospital 放射線科