

# 放射線科画像検査申込票

令和 年 月 日

患者氏名

一般シンチ用

患者生年月日

年 月 日

紹介元医療機関名

紹介元電話番号

検査部位	検査と薬品名	主な対象疾患
骨・骨髄	<input type="checkbox"/> 全身骨	骨腫瘍・骨髄炎
	<input type="checkbox"/> 全身骨髄	再生不良性貧血
安静心筋	<input type="checkbox"/> 心筋血流	心筋梗塞・狭心症
	<input type="checkbox"/> 心筋MIBG	心筋交感神経・心不全
	<input type="checkbox"/> 心筋BMIPP	心筋脂肪酸代謝
腫瘍ガリウム	<input type="checkbox"/> 全身Ga	悪性腫瘍検索
	<input type="checkbox"/> 全身炎症Ga	不明熱・炎症巣検索
腫瘍タリウム	<input type="checkbox"/> 全身TI	悪性腫瘍検索
	<input type="checkbox"/> 脳TI	脳腫瘍検索
	<input type="checkbox"/> 肺TI	肺癌検索
甲状腺・副甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺Tc	バセドウ病・甲状腺腫瘍
	<input type="checkbox"/> 甲状腺TI	甲状腺腫瘍
	<input type="checkbox"/> 甲状腺I	バセドウ病・甲状腺腫瘍
	<input type="checkbox"/> 副甲状腺MIBI	副甲状腺腺腫・過形成
腎・副腎	<input type="checkbox"/> 腎レogramMAG3	水腎症・腎血管性高血圧
	<input type="checkbox"/> 利尿レogramMAG3	水腎症・尿管狭窄
	<input type="checkbox"/> 腎DMSA	腎機能・腎梗塞
	<input type="checkbox"/> 副腎皮質	副腎腺腫
	<input type="checkbox"/> 副腎髄質	褐色細胞腫
脳	<input type="checkbox"/> 脳血流ECD	認知症・脳梗塞
	<input type="checkbox"/> ドーパミントランスポーター	パーキンソン病・レビー小体病
	<input type="checkbox"/> パーキンソンMIBG(胸部)	パーキンソン病
唾液腺	<input type="checkbox"/> 唾液腺(レモン負荷あり)	唾液腺腫瘍・唾液分泌障害
消化管	<input type="checkbox"/> メッケル憩室	メッケル憩室
	<input type="checkbox"/> 消化管出血	急性腸管出血
	<input type="checkbox"/> 消化管蛋白漏出	低蛋白血症
肝	<input type="checkbox"/> 肝アジア酸GSA	慢性肝障害
	<input type="checkbox"/> 肝・胆道PMT	胆汁通過障害
呼吸器	<input type="checkbox"/> 肺血流MAA	肺塞栓
	<input type="checkbox"/> 肺換気Tcガス	肺塞栓・気道閉塞
血流動態	<input type="checkbox"/> RIアンギオ(下肢)	骨盤動脈閉塞
	<input type="checkbox"/> RIアンギオ(胸部)	上大静脈狭窄
下肢静脈・リンパ管	<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓	下肢静脈閉塞
	<input type="checkbox"/> 下肢リンパ管	リンパ液の循環障害

以下の検査は診察後となります。

負荷心筋	<input type="checkbox"/> 運動負荷心筋	心筋梗塞・狭心症
	<input type="checkbox"/> 薬剤負荷心筋	心筋梗塞・狭心症

## 関西医科大学 附属病院

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔病診連携課〕 電話 072-804-2742 F A X 072-804-2861