**ダイレクト予約システム**

**「RI検査」**

**紹介医院：　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：**

**生年月日：**

**検査日時：令和　　　年　　　月　　　日　　　時**

**検査目的：　□骨シンチ　□レノグラム　□肝シンチ　[　GSA　　スズコロイド　]　□肺血流シンチ　□甲状腺シンチ**

**SPECT：要　　　否　　　　　　　　　　　妊娠（　　　　）**

|  |
| --- |
| **問診欄** |

**＊どちらかに○／あれば具体的に記入してください。**

**１．食べ物や薬でアレルギーや副作用がでたことがありますか？**

**ない　　　ある／**

**２．アレルギーやアトピーの病気になったことがありますか？**

**例：じんましん・喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎**

**ない　　　ある／**

**３．過去に同じような検査をして何か症状がでたことがありますか？**

**ない　　　ある／**

**４．今までかかった病気や怪我はありますか？**

**ない　　　ある／**

**５．現在治療中の病気や呑んでいる薬がありますか？**

**ない　　　ある／**

|  |
| --- |
| **RI検査を受けられる方へ** |

**①食事の制限はありません。但し、「甲状腺シンチ」は一週間前からヨード制限食が必要です。（海藻類・ミネラル含有総合ビタミン剤・造影剤等のヨウ素剤）**

**②「骨シンチ」「甲状腺シンチ」以外は３０分位で終わります。「骨シンチ」は注射後３～４時間後に撮影を開始し、更に３０分程かかります。「甲状腺シンチ」は２４時間後も検査を行います。**

**③検査前に排尿をすませておいてください。**

**④注射薬は検査のために特別用意しております。予約日を忘れずにお越し下さい。**

**⑤結果のフィルムは1週間以内を目安にかかりつけ医にお届けしておきます。**

**⑥検査結果はかかりつけ医にお聞き下さい。**

**⑦何らかの事情で検査を取り消す場合は、早目にかかりつけ医にご連絡ください。**

**国立病院機構　沼田病院**