

核医学検査予約票

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

検査名： ガリウム(Ga)

検査日：	年	月	日	時	分
------	---	---	---	---	---

来院していただく時間	検査予約の 1時間前 までにご来院ください
お持ちいただく物	・ 診察券(西部病院に受診歴がある方のみ) ・ 健康保険証(各種公費医療証など) ・ 診療情報提供書【検査予約患者紹介状】 ・ 予約票
検査目的と内容	■ 検査内容 ガリウム検査では、放射性同位元素(ラジオアイソトープ)を含む薬を静脈注射し、その薬が体内に分布する様子を特殊なカメラで撮影します。ガリウムは炎症や腫瘍の部分に集まる性質があるため、その集積を画像として確認することができます。 ■ 検査の目的 原因不明の発熱(不明熱)の原因検索 感染症や炎症の部位の特定 腫瘍やその炎症部分の検索 ■ 放射線について 検査薬から放出される放射線は「ガンマ線」であり、体への影響は少なく、安全に検査を受けていただけます。

注 射	年	月	日	時	分
-----	---	---	---	---	---

- * 核種を静脈注射するのみとなります。***撮影日は別の日程となります。**
 * 食事制限はありませんが、ほかの検査で制限がある場合は召し上がらないでください。

撮 影	年	月	日	時	分
-----	---	---	---	---	---

- * 撮影時間は約60分です。大腸内に便が残っていると病変と間違えやすいため、撮影当日に排便がない場合、撮影前に浣腸を行うことがありますので予めご了承ください。
 * **昼食**は召し上がらないでください。*水分制限はありません。

【ご注意いただくこと】

- * この検査では、食事制限はありません。
 他の検査などで食事制限がある場合は、糖尿病薬(インスリンを含む)は使用せずにご持参ください。
 ただし、他の内服薬は通常通りお飲みください。
- * 妊娠・授乳中の患者さまは、放射線技師・看護師にお知らせください。
- * お顔や爪の色で具合が悪くないかを確認しますので、お化粧品やマニキュアはしないでください。

画像診断部(レントゲン受付)