

核医学検査予約票

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

検査名： 骨シンチ(全身骨)

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	骨シンチ(全身)検査では、放射性同位元素(ラジオアイソトープ)を含む検査薬を静脈注射します。注射された薬は体内を循環し、骨の状態を反映して集まります。その様子を特殊なカメラで撮影し、画像として確認します。 ◇検査の目的◇ 骨折の有無を確認するため 骨転移や炎症などの骨病変を調べるため 確定診断のための重要な指標を得ること ◇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、体への影響はきわめて少なく、安全に検査を受けていただけます。
食事	・ 食事制限はありません。(腹部を含まない場合) * ただし、他の検査で食事制限がある方は召し上がらないでください。

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

*** 検査薬の注射をした後、一度退室します。**

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

*** 核医学室のトイレで排尿してから撮影します。(撮影時間は約20～40分です。)**

【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。

画像診断部(レントゲン受付)