

# 核医学検査予約票

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

検査名： 心筋MIBG

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

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来院していただく時間 | 検査予約の <b>1時間前</b> までにご来院ください                                                                                                                                                                                                                                         |
| お持ちいただく物   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診察券(西部病院に受診歴がある方のみ)</li> <li>・ 健康保険証(各種公費医療証など)</li> <li>・ 診療情報提供書【検査予約患者紹介状】</li> <li>・ 予約票</li> </ul>                                                                                                                     |
| 検査目的と内容    | <p>■ 検査内容<br/>ダットスキャンは、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、脳内のドパミントランスポーター(DAT)の分布を特殊なカメラで撮影する検査です。</p> <p>■ 検査の目的<br/>ドパミン神経の脱落の有無を確認するため<br/>パーキンソン病やレビー小体型認知症などの確定診断の補助<br/>類似の症状を示す他の疾患との鑑別</p> <p>■ 放射線について<br/>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。</p> |

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

- \* 検査薬の注射をした後、一度退室、**3～4時間後の撮影**となります。
- \* **アルコールに弱い方はお申し出ください。**

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

- \* 撮影時間は約10分です。
- \* 食事制限はありませんが、**他の検査で食事制限**がある場合は召し上がらないでください。

## 【ご注意くださいこと】

- \* 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)