# 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 病診連携システム　　　　　　　　**アイソトープ検査ご利用の手引**

**ご紹介いただく際には、患者さんへ「診療で用いられる放射線について」の説明をお願いします。**

**１．検査項目**

**・全身骨シンチ：薬剤を静脈注射し、3時間後に撮影を行います。**

**検査費用（保険点数）…約6,000点**

**・脳血流スペクト：脳血流の統計解析結果もお出ししています。**

**検査費用（保険点数）…約7,000点**

**・ダットスキャン：薬剤を静脈注射し、3時間後に撮影を行います。**

**検査費用（保険点数）…約8,000点**

**・ミオMIBG（交感神経シンチ）：薬剤を静脈注射し、15分後と3時間後に撮影を行います。**

**検査費用（保険点数）…約7,000点**

**２．検査日時**

**・全身骨シンチ：（月～金）10:30に注射をし、13:30から撮影を致します。**

**注射後、一度帰宅されても結構です。検査終了は、14時頃の予定です。**

**・脳血流スペクト：（木曜日）11:30から検査を開始し、終了は、12時頃の予定です。**

**・ダットスキャン：（月・木）13:00に注射をし、16:00から撮影を致します。**

**・ミオMIBG：（月・木）13:00に注射をし、13:15と16:00に撮影を致します。**

**３．検査料金**

**当院で医事請求させていただきます。**

**４．申し込み方法**

**１）電話にて仮予約してください。**

**２）検査申込書をFAXしてください。**

**３）折り返し確認票と検査予約票（患者用）を返信いたしますので、検査予約票を患者さんへ**

**お渡しください。**

**５．検査当日の手順（患者さんの流れ）**

**１）予約時間30分前に本館２階「医療連携受付」へお越しいただきます。**

**２）診療情報提供書（放射線科部長 伊藤俊裕 宛）をご提出いただきます。**

**３）受付後、放射線部へご案内致します。**

**６．結果報告**

**・検査レポートは原則として３日以内にＣＤと共に配達いたします。**

**・ＣＤは、貴院で保管して頂きますようお願いいたします。**

**・フイルムが、必要な場合はお申し出下さい。**

**７．その他のアイソトープ検査は、関連診療科の診察依頼として下さい。**

**問い合わせ先**

**１）予約に関する事務的な事柄：地域医療連携･相談室（月～金　8：30から19：00まで）**

**２）検査に関する医療・技術的な事柄：放射線科部長（月～金　8：30から17：00まで）**

**2020年4月版**

**独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院　病診連携システム**

**アイソトープ検査申込書**

**年　　　月　　　日**

**フリガナ**

**氏　名　　　　　　　　　　　　様**

**男 ・ 女 （　　　　）才**

# **T・S・H・R　　　年　　月　　日**

**住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL**

**中京病院の受診歴　（ あり ･ なし ）　　診察券（ あり ・ なし ）**

**アイソトープ検査（□にチェックを付けてください。）**

**□全身骨シンチ　　　　□脳血流SPECT（統計解析＋）**

**□ダットスキャン　　　□ミオMIBG（交感神経シンチ）**

**検査予約日時**

**年　　　月　　　日　（　　　曜日）　　　時　　　分**

**※あらかじめ電話にて仮予約して下さい。**

1. **検査前日の１３時までにお申し込み下さい。**
2. **折り返し確認票と検査予約票を返信いたします。**
3. **検査当日、患者さんは「診療情報提供書」と「検査予約票」のご持参が必須です。**
4. **検査方法や臨床事項の問い合わせは、伊藤俊裕放射線科部長まで。**

**予約などの事務的な問い合わせは地域医療連携・相談室まで。**

1. **検査の絶対禁忌は、 妊娠中の方または可能性のある方です。**
2. **食事の制限はありません。**

お申込先：中京病院 地域医療連携・相談室（月～金8：30から19：00まで）

　　　　　**電　　　話：０５２－６９１－６８８６（直通）**

**Ｆ　Ａ　Ｘ：０５２－６９１－６０５３**

**2020年4月版**

お申込先：中京病院 地域医療連携・相談室（月～金8：30から19：00まで）

　　　　　電　　　話：０５２－６９１－６８８６（直通）

　　　　　Ｆ　Ａ　Ｘ：０５２－６９１－６０５３