核医学検査申込書（診療情報提供書）
FAX 送信先：078-302-2251　患者総合支援センター

令和　　年　　月　　日

神戸市立医療センター

中央市民病院宛

【お問い合わせ先】

TEL：078-302-6031

医療機関名：

医 師 名 ：

住　所　：

電話・FAX：

フリガナ		生年月日	年　　月　　日（　　才）
氏名 （旧姓）	男・女	TEL	
		当院受診歴	有　・　無
住　所			
保険情報	【保険者番号】　【記号】　【番号】　本人・家族		
	【公費負担番号】　【公費受給者番号】　【負担割合等】		
	【公費負担番号】　【公費受給者番号】　【負担割合等】		
検査希望日	①　　月　　日　　時頃　②　　月　　日　　時頃　③いつでも可		
□骨シンチ □GA シンチ	検査部位（　　）　体重（　　）		
来院方法（独歩・車イス・ストレッチャー）　感染症（　　）			
主訴・臨床診断・検査目的等（注意事項等がありましたらご記入ください） 診断名：			

核医学検査に関する説明書

1．核医学検査は、放射性同位元素を含む「放射性医薬品」を体内に投与し、特定の臓器や病変部に取り込まれた放射性医薬品から放出される放射線を特殊なカメラで撮影し、体内の様子を調べる検査です。

2．検査に用いる放射線医薬品は微量で放射線を放出できる期間も短く、被ばくも少ないため放射線による傷害の事例は発生していません。

3．重篤な副作用報告はありませんが、ごく稀（0.1%未満）に顔のほてり、吐き気、めまい、気分不良、皮膚発赤、発疹等の副作用を起こすことがあります。症状が出た際は、すぐに医師へご相談ください。

4．一般に核医学検査は高額です。検査での自己負担は高いもので数万円になることがあります。放射性医薬品は投与できる有効期限が投与日当日限りです。そのため、投与日当日の予約変更、キャンセルはできません。予約変更やキャンセルを希望される場合は、早めに予約センターまでご連絡ください。

5．放射性医薬品を投与するため、身体から微量の放射線が放出されています。当日は他者（特に乳幼児、妊娠中の方）と長時間の接触はお控え下さい。