

JCHO 東京新宿メディカルセンター R I (ダットスキャン) 予約票兼診療情報提供書

予約専用電話 RI室 03-3269-8111 (内2433) (月~金 8:30~17:00)
ご記入後、 03-5261-4738 へFAXしてください。

①検査項目

RI検査

ダットスキャン® (ドパミントランスポートシンチグラフィ)

(パーキンソン症候群やレビー小体型認知症)

②検査予約日

_____年_____月_____日 () _____時_____分

③診療情報提供書

| | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------|---|---|-----------|
| 患者氏名 | (フリガナ) | 生年月日 (西暦) | 年 | 月 | 日 |
| | (男・女) | | | | |
| 依頼医師 | (医療機関名・住所・電話) | | | | 先生 |
| 臨床診断 (傷病名等) | | | | | |
| 検査目的 症状・既往歴 ・アレルギー等 | (別添にて患者さまが紹介状をご持参いただいても結構です) | | | | |
| | | | | | 記載日 年 月 日 |

〈ダットスキャン® (ドパミントランスポートシンチグラフィ) とは〉

※別紙「ダットスキャン®のご案内」をご参照下さい。

〈RI 検査結果のご提供方法〉

- RI 検査結果につきましては、放射線科医師による読影レポートと合わせて後日郵送のみでのご提供となります。(※「当日本人手渡し」でのご提供は行っておりません)

〈患者さまへご案内ください〉

- 必ずこの書類と健康保険証、またはマイナンバーカード (マイナ保険証) をご持参のうえ、
検査予約時間の40分前までに 当院 本館1階 『患者サポートセンター』へお越しください。
- 当院の診察券をお持ちの方は診察券もお持ちください。
- 当院は、飯田橋駅下車東口またはB1出口より徒歩4分です。
(総武線、東西線、南北線、有楽町線、大江戸線がご利用いただけます)
- 検査の前に医師の問診があります。
- いずれのRI検査も放射性医薬品を注射して行います。
- この検査に使用する薬剤は高価で、かつ1日も保存できません。患者さまのご都合で来院できない場合
や予約時間に遅れる場合には、お早目にご連絡ください。
(お問い合わせは下記まで)

東京都新宿区津久戸町5-1 JCHO 東京新宿メディカルセンター

患者サポートセンター 03-3269-8115(直通) (受付時間: 月~金 8:30~17:00)

ダットスキャン®のご案内

※本用紙は「予約票兼情報提供書」と共にFAXをお願い致します。

患者様氏名 _____

ご依頼医療機関 _____

ご依頼医師氏名 _____

本検査の概要

- 本検査は、パーキンソン症候群やレビー小体型認知症において発現量が低下することが知られている脳線条体ドパミントランスポーターの脳内分布を可視化するものです。
 - 黒質線条体ドパミン神経の脱落の有無より、パーキンソン症候群及びレビー小体型認知症の早期診断に寄与し、診断精度の向上が期待されています。
- ※薬剤メーカーによる検査の詳細(<https://www.nmp.co.jp/member/datscan/index.html>)

検査方法

- 放射性医薬品を10時に静脈注射し、15時から約40分間検査台に寝た状態で撮影します。
- 撮影時に動いてしまいますと正しい検査結果が得られない場合がありますので、静止困難な場合は予約時にあらかじめご相談下さい。

依頼医師様へのお願い

- 本検査を施行するにあたり、以下に患者様にご確認頂きたい項目が御座います。あらかじめ依頼医師様でご確認お願い致します。
- 確認漏れがあると検査施行出来ない事があります。お手数では御座いますが宜しくお願い致します。

◎本検査に使用する薬剤には微量のアルコールが含まれています。アルコールに敏感な方への投与は注意する必要があります。

- アルコールに過敏ですか？ はい いいえ

⇒「はい」とお答えの方は検査を受けることは出来ませんので、チェック間違えの無いようお願い致します。

◎本検査における併用注意薬剤を服用していると、使用する薬剤の取り込みを阻害し、正しい検査結果が得られない事があります。したがって、検査前の一定期間、服薬を中止して頂くようお願いしております。
服薬中止が出来ない場合については、検査をお受けする事が出来ません。
また、当日問診時に服薬中止が不十分であると判断された場合に関しましても検査を施行することが出来ませんので、患者様への十分な説明をお願い致します。

※添付書類「ダットスキャン静注 併用注意薬の休薬について」を参考に確認をお願い致します。

- ダットスキャン静注との併用注意薬の服用はありますか？ はい いいえ

⇒「はい」とお答えの方は、薬剤の記入をお願い致します。(本検査に影響しないお薬は記入しないで下さい。)
また、患者様への服薬中止指示をお願い致します。

併用注意薬剤

()

患者様へのお願い

- 当院での診察時に服用中のお薬を確認させていただきますので、お薬手帳を持参の上、ご来院下さい。
- ※お薬手帳をお忘れの場合、検査に影響のあるお薬が特定できず、検査を受けられない事があります。