

診療情報提供書(検査申込書)

お手数ですが枠内に全てご記入
いただきFAX送信願います

受診希望日について以下のいずれか一つにチェックをしてご記入ください

<input type="checkbox"/> 患者様が希望される日 (第一希望 月 日) 午前・午後 (第二希望 月 日) 午前・午後 (第三希望 月 日) 午前・午後	<input type="checkbox"/> どの日でも良い <input type="checkbox"/> 患者様の都合が合わない日 (月 日)(月 日) (その他:)
---	--

江別市立病院

患者支援センター 地域医療連携係 行

〒067-8585 江別市若草町6番地
電話 011-382-5151 (内線1152)
FAX 011-382-8381 (直通)

申込日 令和 年 月 日
(紹介元)
医療機関名
医師名
電話 () -
FAX () -

江別市立病院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入ください

ふりがな 患者名	住 所 〒
大・昭 生年月日 平・令 年 月 日生(歳)	(男 ・ 女) 電話番号【自 宅】() - 【携 帯】() -
江別市立病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ➡ 患者カード番号 -
当検査について 難病指定の適用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ➡ 受給者証の病名

患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定 : 月 日)
検査項目	<input type="checkbox"/> C T (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ➡ 冠動脈C T の場合 コアベータ使用 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> M R I (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> R I <input type="checkbox"/> D E X A (骨密度測定検査)
CT,MRI,RIの場合 画像データのお渡し	<input type="checkbox"/> 郵送(通常) <input type="checkbox"/> 患者様に当日お渡し(お急ぎの場合) <input type="checkbox"/> ID-Link同意取得済のため不要 患者様にお待ちいただくことになります

ID-Link同意取得済の場合➡

ID-Linkの患者同意書

☐ 今回あわせてFAX ☐ 提出済み

ID-Link同意の患者様で同意書を未提出の場合は一緒にFAXしてください

※ID-Linkは「江別・南空知地域医療連携ネットワーク」における地域医療連携システムです

傷病名は必ずご記入ください

傷病名
既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付ください) <input type="checkbox"/> 別紙添付参照

MRI 検査依頼票			
カナ 氏名 様	施設名		指示医師
	検査年月日		検査時間
	術式 Plain ・ Enhance		体重 k g
	備考		

頭部		脳	胸部		縦隔	骨盤		骨盤腔
		頭部MRA			心臓			前立腺
		下垂体			冠動脈			膀胱
		聴神経			胸部大動脈	脊椎		頸椎
		眼窩 (右・左)			乳腺 (右・左)			胸椎 (中心)
		副鼻腔	腹部		肝臓 (Gd ・ EOB)			腰椎
		その他			MRCP	四肢		肩関節 (右・左)
頸部		頸部			脾臓			股関節 (右・左)
		頸部MRA			腎臓・副腎			膝関節 (右・左)
		唾液腺			腹部大動脈			上肢 ()
		その他		腎動脈			下肢 ()	

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします)	<input checked="" type="checkbox"/> 読影

撮影部位		
術式	単純	造影
電子画像管理加算	有	無
CD ・ DVD		枚

造影剤		数量
ガドピスト	5m l	
ガドピスト	7.5m l	
マグネコースリソソ	10m l	
マグネコースリソソ	15m l	
ボーステル内用液10	250m l	
EOB7°リビストリソソ	10m l	
リソピスト注	1.6m l	

医療材料	数量
生食(20m l)	
生食(100m l)	
生食(250m l)	
担当技師	

造影MRIに関する説明と同意書

ガドリニウム造影剤を使用した検査を受けられる方へ

1. 目的と方法

- ① MRI検査は、大きな円形筒の磁石の中に入り体に電磁波を当てて、人体の様々な断面像を撮る検査です。撮影中は装置から工事現場のような大きな音がします。強力な磁石の中での検査となりますので、検査室内に金属製品や電子機器を持ち込めません。体表面や体内にペースメーカーなどの金属が入っている方は、発熱などの危険性が生じることがあり、担当医の判断で検査を行わない場合があります。
- ② 検査目的によっては、より正確な診断・血管や臓器の状態を明らかにするために造影剤（ガドリニウム）の注射が必要になる場合があります。ただし、重症の腎機能障害やアレルギー体質がある場合には造影剤を使用できないことがあります。

2. 造影剤の副作用

造影剤は安全な薬剤ですが、下記のような副作用が生じることがあります。異常が出たときや何か変だと感じたら、ためらわずすぐにお申し出ください。

軽い副作用

発生頻度は100～200人につき1人程度、約1～0.5%の確率で起こります。

*吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、蕁麻疹、かゆみ、動悸、咳など。多くは心配ありません。

重い副作用

発生頻度は10,000人につき5人以下、約0.05%未満の確率で起こります。

*ごく稀に息苦しさ、血圧低下、意識消失が起こることがあります。

*重症の腎機能障害がある場合には、皮膚に線維化を起こすことがあります。（腎性全身性線維症）

*非常に稀ですが病状・体質によっては、10万人に1人(0.001%)の割合で死亡例も報告されています。

◆副作用は造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、検査中は看護師・技師が患者様の様子を観察しています。万一副作用が起きた場合は、必要に応じて最善の処置を行います。

◆こうした副作用は事前に予測することが困難です。重症の腎機能障害やアレルギー体質の方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、造影検査を行えない場合があります。

検査をできるだけ安全確実に行うために「問診票」のご記入をお願いし、確認させていただきます。

3. 検査後の注意

*造影剤注射後は水分をいつもより多く飲んでください。

注意

医師に水分制限をされている方は医師の指示どおりにしてください。

*稀に造影剤注射後、数日経過してから症状が出る場合があります。その際はご連絡ください。

以上の説明をご理解いただいた上で、同意書に署名をお願い致します。同意された後でも、いつでも撤回することができますし、次の造影検査までにお気持ちが変わられた場合には、当院スタッフにお申し出ください。

【造影MRIの説明】

私は患者様に上記事項について説明しました

年 月 日

医師氏名

【造影MRIの同意書】

私は造影検査の説明を受け、目的や方法、危険性について記載事項を読み理解したので、造影MRI検査を受けることに同意します。また万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します

年 月 日

ご本人の署名

*未成年・本人記入が困難な場合

代理人の署名

(続柄

)

患者記載用

ID	:	問診日	月	日		
フリガナ	:	検査予定日①	月	日	CT RI	MRI
氏名	:	検査予定日②	月	日	CT RI	MRI
生年月日	:	看護師サイン				

◎検査を安全に行うために、以下の質問に回答をお願いします。

身長	cm	体重	kg
気管支喘息と診断されたことはありますか？	いいえ	はい	
甲状腺・腎臓・心臓・肝臓が悪いと言われたことがありますか？	いいえ	はい	<div><div><input type="checkbox"/>甲状腺</div><div><input type="checkbox"/>心臓</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>腎臓</div><div><input type="checkbox"/>肝臓</div></div> <div>病名[]</div>
点滴の使用が禁止されている四肢はありますか？ (シャント・手術による使用禁止等)	いいえ	はい	<div><div><input type="checkbox"/>右手(R)</div><div><input type="checkbox"/>左手(L)</div></div> <div><input type="checkbox"/>その他()</div>

※造影剤を使用した検査を行ったことがある方のみ、お答えください

造影剤を使用して、何か異常が出現したことがありますか？	いいえ	はい	<div><div><input type="checkbox"/>発疹・発赤</div><div><input type="checkbox"/>吐き気</div><div><input type="checkbox"/>呼吸困難</div><div><input type="checkbox"/>血圧低下</div><div><input type="checkbox"/>その他()</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>かゆみ</div><div><input type="checkbox"/>嘔吐</div><div><input type="checkbox"/>咳・くしゃみ</div></div>
○上記の質問で“はい”の方のみご記載下さい その時、処置を受けましたか？	いいえ	はい	処置[]

※CT検査を受ける方のみ、お答えください

糖尿病薬（血糖を下げる薬）を飲んでいますか？	いいえ	はい	※種類によっては、休薬の指示をお伝えする場合があります。
------------------------	-----	----	------------------------------

※女性の方のみ、お答えください

妊娠の可能性ありますか？	いいえ	はい	
【RI検査の方のみお答えください】 授乳中ですか？	いいえ	はい	※RI検査では授乳制限が必要です。 授乳中断期間については事前にお問い合わせください。

<院外用>

放射線科 検査指示書

【医師/看護師記載用】

ID フリガナ 氏名 生年月日	:	検査予定日①	月	日	CT	MRI
					RI	
		検査予定日②	月	日	CT	MRI
					RI	
		看護師サイン				
		医師サイン				

◎検査を安全に行うために、以下の項目へ記載をお願いします。

<造影CT・造影MRI・RI検査用>

“造影検査問診票”で「はい」があった場合 ※「はい」が無い場合は記入の必要はありません	<input type="checkbox"/> 検査可能		必ず医師へ確認をお願いします
アレルギー・造影剤副作用に対して、 なにか 事前に 処置を行いますか？	いいえ	はい	薬剤名・投与方法などを記載願います

※投与後の体調変化に関しては当院の判断で処置させていただきますのでご了承ください

<造影CT用>

糖尿病薬について伺います。 当院ホームページに記載されている ビグアナイド系糖尿病薬に該当してますか？ ※糖尿病薬を内服していない場合は記入の 必要はありません	いいえ	はい	該当している場合、休薬の指示を をお願いします。 (検査日を挟み、前後2日間の休薬)
			<input type="checkbox"/> 指示済み

・冠動脈CTの場合のみ

コアベータの使用の可否	可	不可	
ミオコールスプレーの使用の可否	可	不可	

<MRI用 [体内金属の確認]>

“MRI検査問診票”で体内金属がある場合 ※体内金属が無い場合は記入の必要はありません	<input type="checkbox"/> 検査可能	全ての金属に対してMRI対応の 確認をお願いします ※添付文書でMRI禁忌の製品は 検査できません
--	-------------------------------	--

<院外用>

MRI検査 問診票

ID	問診日	年 月 日
フリガナ	検査予定日	年 月 日
名前	看護師サイン	
生年月日	(歳)	

MRI検査は電磁波と強力な磁石を用いております。そのため、以下の様な金属を用いた製品は、吸着・故障・熱傷など患者様に影響を及ぼす可能性があります。

安全に検査を行うため、以下の質問について当てはまる欄に☑、またはご記入をお願いします。

1. 体内金属についてご回答をお願いします

【各医療機関の方へ】

A) 当院では検査が出来ない製品		▶	A)に該当する製品
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器		▶
<input type="checkbox"/> その他体内電子機器(神経刺激装置等)	<input type="checkbox"/> 眼などに金属片がある		
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】			
B) 高リスクの製品		▶	B)に該当する製品
<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 磁石を用いた製品(入れ歯等)		▶
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】			
C) MRI対応の確認が必要な製品		▶	C)に該当する製品
頭部	<input type="checkbox"/> 脳室内シャント <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> アートメイク(アイライン等)		▶
血管・心臓	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ/コイル <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> スtent [ステント挿入部位の確認] 頸部、心臓、大動脈、下肢、尿管、その他[]	▶	
	<input type="checkbox"/> 人工関節 骨 <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> ボルト(ねじ) <input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ [内視鏡検査日: 年 月 日] ※製品によっては、排出確認のため、レントゲン撮影が必要になることもあります。 その他 <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> その他の体内金属 []		▶
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】			

2. 体外の金属や貼り付け薬についてご回答をお願いします

A) 体外の装飾品 ⇒ 検査前に外す必要があります					
<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> イヤリング
<input type="checkbox"/> ネックレス	<input type="checkbox"/> 指輪	<input type="checkbox"/> 時計	<input type="checkbox"/> 財布	<input type="checkbox"/> 鍵	<input type="checkbox"/> 義肢
<input type="checkbox"/> 金具のある下着/衣服	<input type="checkbox"/> 金属を含む化粧品(アイシャドー/マスカラ等)			<input type="checkbox"/> ヒートテック	
<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> カード(クレジットカード等)			<input type="checkbox"/> 電子機器(携帯電話等)	
<input type="checkbox"/> 湿布/エレキバン	<input type="checkbox"/> カイロ				
B) 貼付剤/貼付製品 ⇒ 検査前にはがして良いか医師へ相談をお願いします					
<input type="checkbox"/> 経皮吸収貼付剤(ニトロダーム/ニコチネル/ノルスパンテープ/ニュープロパッチ等)			<input type="checkbox"/> 皮下血糖センサー		

3. 閉所恐怖症はありますか？

☐ いいえ ☐ はい(医師に相談が必要となります)

4. 女性の方のみに伺います：現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

☐ いいえ ☐ はい(医師に相談が必要となります)