

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

☐ 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	☐ どの日でも良い ☐ 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 (男 ・ 女) (歳)	電話番号【自 宅】() - 【携 帯】() -
江別市立病院での受診歴	☐ 無 ・ ☐ 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	☐ 無 ・ ☐ 有 ※有の場合 ➡ 受給者証の病名

患者様の状況	☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅 ☐ 入院中(退院予定 : 月 日)
検査項目	☐ C T (☐ 単純・ ☐ 造影 ➡ 冠動脈C T の場合 コアベータ使用 ☐ 可・ ☐ 不可) ☐ M R I (☐ 単純・ ☐ 造影) ☐ R I ☐ 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	☐ 郵送(通常) ☐ 患者様に当日お渡し(お急ぎの場合) ☐ 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) ☐ 別紙添付参照

RI検査依頼票

カナ 氏名	施設名 身長 cm 体重 kg ※投与量等決定のため、身長・体重の記載をお願いします	指示医師

檢 查 項 目

☐	脳DAT	☐	骨	☐	心筋	各検査法 ☐ RI Angio (骨) ☐ ☐ Rest ☐ Early & Delayed ☐ Dual Imaging ☐ QGS(心電同期SPECT) ☐ 利尿レノグラム
☐	脳血流(定性・定量)	☐	骨髄	☐	脂肪酸代謝(BMIPP)	
☐	唾液腺	☐	ガリウム	☐	99mTc-MIBI	
☐	甲状腺(Tc・Tl)	☐		☐	99mTc-tetrofosmin	
☐	甲状腺 I (摂取率・ルーサー)	☐	腎機能(DTPA)	☐	交感神経(MIBG)	
☐	副甲状腺	☐	腎機能(MAG)	☐		
☐	肺血流	☐	腎形態	☐		
☐		☐	副腎皮質(アドステロール)	☐		
☐	肝受容体(アロ)	☐	副腎髄質(MIBG)	☐		
☐	肝・胆道	☐		☐		
☐	異所性胃粘膜	☐		☐		

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします)

☒ 読影

注射

月 日 ()

時 分

検査

月 日 ()

時 分

各種検査薬剤

	部分(静態)シンチグラム	
	部分(動態)シンチグラム	
	全身シンチグラム	
	シグナルフォントミッションコンピュータ断層撮像	
	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率	

メディア

	CD ・ DVD	枚
--	----------	---

その他の薬品・材料

	生食注リツ「オ-カ」10ml	
	生食注リツ「オ-カ」20ml	
	生理食塩液 20m l	
	生理食塩液 100m l	
	生理食塩液 250m l	
	ビタミンC末 500mg	
	ラシックス注 20mg 2ml	
	ダ イエックス注 500mg	
	アトビ ン硫酸塩注 0.5mg 1ml	
	ネオフィリン注 2.5% 10ml	
	トリコロリルシツプ 10% 1ml	
	アデ ノシン負荷用静注 60mg	

各種検査薬剤

	テカソツ注-10M	370MBq
	テカソツ注-20M	740MBq
	クリアソツ注	MBq
	ラングソツTc-99m注	MBq
	キドニソツ注	MBq
	プールソツ注	MBq
	ハパティメソツ注	MBq
	アサロソツ注	MBq
	ニューライト注射液	MBq
	カーディオライト注	MBq
	ダットスキャン静注	MBq
	テカMDP注射液 370MBq	370MBq
	テカMDP注射液 555MBq	555MBq
	テカMDP注射液 740MBq	740MBq
	テカMDP注射液 925MBq	925MBq

99m-Tc用標識キット

	テクネDMSAキット	
	テクネ [®] リン酸キット	
	テクネDTPAキット	
	テクネMAAキット	

各種検査薬剤

	クノ酸カ ⁺ リウム(67Ga) 注	MBq
	塩化リウム-Ti201 注射液	MBq
	塩化イン ⁺ ム(111In) 注	74MBq
	ハ ⁺ -ヒューザ ⁺ ミン注	MBq
	ミチMBIG・I-123注射液	MBq
	カル ⁺ ィオ ⁺ イン注	MBq
	ミチMBIG・I-131注射液	MBq
	アル ⁺ ス ⁺ ロ-ル-131注射液	MBq
	ヨド ⁻ カ ⁺ ル-123	37MBq×
	ヨ化ナトリウムカ ⁺ ル5号	185MBq×
	チ ⁺ MAG3注射液 200MBq	200MBq
	チ ⁺ MAG3注射液 300MBq	300MBq
	チ ⁺ MAG3注射液 400MBq	400MBq
	MAGツツ注 222MBq	222MBq
	MAGツツ注 333MBq	333MBq
	MAGツツ注 555MBq	555MBq
	マイ ⁺ ト ⁺ -注ツツ 296MBq	296MBq
	マイ ⁺ ト ⁺ -注ツツ 592MBq	592MBq
	マイ ⁺ ト ⁺ -注ツツ 740MBq	740MBq

RI検査に関する説明と同意書

RI(放射性同位元素)を使用した検査を受けられる方へ

1. RI検査とは

RIという体の特定の部位に集まる放射線を放出する薬剤を注射し（内服の場合あり）、その後各臓器や組織に集まった状態を撮影する検査です。
これにより、各臓器や組織の機能・形態・状態を明らかにすることに役立ちます。
なお、検査に関する時間や検査のための注意事項は、検査部位により異なりますので、別紙「RI検査を受けられる方へ」をご参照お願いします。

2. RI検査の副作用について

RI検査に使用される薬剤の副作用はほとんどありません。
ただし、以下の検査では記述のような副作用がまれに起こる場合がありますが、いずれも一過性の症状で、特に治療を必要とすることはないとされています。

脳DAT（ドパミントランスポーター）	注射後まれに動悸、顔面紅潮などの副作用
副腎皮質（ ¹³¹ I-アドステロール）	

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. 放射線被ばくについて

RI検査は放射線被ばくを伴う検査です。
しかし、被ばくは少なく、通常の投与方法では臓器に障害を及ぼすことはありません。
また、日常生活にも支障はありません。

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。

【RI検査の説明】

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

【RI検査の同意書】

私はRIを使用した検査の説明を受け、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、RI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	☐ 甲状腺 ☐ 腎臓 ☐ 心臓 ☐ 肝臓
			病名[]
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	☐ 右手(R) ☐ 左手(L) ☐ その他()

※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	☐ 発疹・発赤 ☐ 吐き気 ☐ 呼吸困難 ☐ 血圧低下 ☐ その他（ ） ☐ かゆみ ☐ 嘔吐 ☐ 咳・くしゃみ
○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

妊娠の可能性はありますか？	いいえ	はい	
現在、授乳中ですか？	いいえ	はい	

<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
		検査予定日②	月	日	CT	MRI
		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	☐ 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)
			☐ 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	☐ 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
--	-------------------------------	--