

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	☐ CT (☐ 単純・ ☐ 造影 ➡ 冠動脈CTの場合 コアベータ使用 ☐ 可・ ☐ 不可) ☐ MRI (☐ 単純・ ☐ 造影) ☐ RI ☐ DEXA (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	様	施設名	指示医師		
		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			

検査項目					
☐ 脳DAT	☐ 骨	☐ 心筋	各検査法		
☐ 脳血流(定性・定量)	☐ 骨髓	☐ 脂肪酸代謝(BMIPP)	☐ RI Angio (骨)		
☐ 唾液腺	☐ ガリウム	☐ 99mTc-MIBI	☐		
☐ 甲状腺(Tc・Tl)	☐	☐ 99mTc-tetrofosmin	☐ Rest		
☐ 甲状腺I (摂取率・トレーサー)	☐ 腎機能(DTPA)	☐ 交感神経(MIBG)	☐ Early & Delayed		
☐ 副甲状腺	☐ 腎機能(MAG)	☐	☐ Dual Imaging		
☐ 肺血流	☐ 腎形態	☐	☐ QGS(心電同期SPECT)		
☐	☐ 副腎皮質(アドレナール)	☐	☐ 利尿シノグラム		
☐ 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		各種検査薬剤	
☐ 部分(静態)シンチグラム	☐ テクネチウム注-10M 370MBq	☐ ケン酸ガリウム(67Ga)注 MBq	
☐ 部分(動態)シンチグラム	☐ テクネチウム注-20M 740MBq	☐ 塩化タリウム-Tl201注射液 MBq	
☐ 全身シンチグラム	☐ クリアール注 MBq	☐ 塩化インジウム(111In)注 74MBq	
☐ シングルフォトソリッドシンチカメラ断層撮影	☐ ランゲルハンスTc-99m注 MBq	☐ パービューザミ注 MBq	
☐ 甲状腺ラベライト-7 摂取率	☐ トリチウム注 MBq	☐ ミオミBG・I-123注射液 MBq	
	☐ プーリウム注 MBq	☐ カルシウム注 MBq	
	☐ ハリウム注 MBq	☐ フェルミBG・I-131注射液 MBq	
	☐ アロシウム注 MBq	☐ アドレナール-131注射液 MBq	
	☐ ニューロライト注射液 MBq	☐ ユーロチウム-123 37MBq×	
	☐ カルシウム注 MBq	☐ シンチナトリウム注 185MBq×	
	☐ ダクトスキャン静注 MBq	☐ テクネチウム注 200MBq 200MBq	
		☐ テクネチウム注 300MBq 300MBq	
		☐ テクネチウム注 400MBq 400MBq	
	☐ テクネチウム注 370MBq 370MBq	☐ MAG注 222MBq 222MBq	
	☐ テクネチウム注 555MBq 555MBq	☐ MAG注 333MBq 333MBq	
	☐ テクネチウム注 740MBq 740MBq	☐ MAG注 555MBq 555MBq	
	☐ テクネチウム注 925MBq 925MBq	☐ マイグマ注 296MBq 296MBq	
		☐ マイグマ注 592MBq 592MBq	
		☐ マイグマ注 740MBq 740MBq	
	99m-Tc用標識キット		
	☐ テクネチウムMSAキット		
	☐ テクネチウムトリチウムキット		
	☐ テクネチウムDTPAキット		
	☐ テクネチウムMAAキット		

メディア	CD・DVD	枚
その他の薬品・材料		
☐ 生食注シリンジ「オカ」10ml		
☐ 生食注シリンジ「オカ」20ml		
☐ 生理食塩液 20ml		
☐ 生理食塩液 100ml		
☐ 生理食塩液 250ml		
☐ ビタミンC末 500mg		
☐ ラシックス注 20mg 2ml		
☐ ガイアモック注 500mg		
☐ アドレナール硫酸注 0.5mg 1ml		
☐ カルシウム注 2.5% 10ml		
☐ トリチウム注 10% 1ml		
☐ アロシウム静注 60mg		

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 ☐心臓 ☐腎臓 ☐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

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

【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
--	-------------------------------	--