

# 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

(男・女)

電話番号【自宅】( ) -

生年月日 平・令 年 月 日生( 歳)

【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

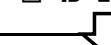
外来で待っている  すでに帰宅  入院中(退院予定: 月 日)

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)  
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				
<input type="checkbox"/> 脳DAT	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 心筋	各検査法	
<input type="checkbox"/> 脳血流(定性・定量)	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 脂肪酸代謝(BMIPP)	<input type="checkbox"/> RI Angio(骨)	
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> 99mTc-MIBI	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 甲状腺(Tc・TI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 99mTc-tetrofosmin	<input type="checkbox"/> Rest	
<input type="checkbox"/> 甲状腺 I (摂取率・トレーサー)	<input type="checkbox"/> 腎機能(DTPA)	<input type="checkbox"/> 交感神経(MIBG)	<input type="checkbox"/> Early & Delayed	
<input type="checkbox"/> 副甲状腺	<input type="checkbox"/> 腎機能(MAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dual Imaging	
<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> 腎形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> QGS(心電同期SPECT)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 副腎皮質(アドステロール)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 利尿レノグラム	
<input type="checkbox"/> 肝受容体(アシロ)	<input type="checkbox"/> 副腎髓質(MIBG)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 肝・胆道	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 異所性胃粘膜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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	月 日 ( ) 時 分
			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	テクネジチ注-10M	370MBq	ヨウ酸ガリウム(67Ga)注	MBq
部分(動態)シンチグラム	テクネジチ注-20M	740MBq	塩化リリウム-Tl201注射液	MBq
全身シンチグラム	クリアポーソ注	MBq	塩化イソチウム(111In)注	74MBq
シグマルホトヨミッショコロ <sup>®</sup> ユータ-断層撮影	ラングシンチTc-99m注	MBq	ハピューザミン注	MBq
甲状腺ラジオアイソトープ摂取率	キドニーシンチ注	MBq	ミオMIBG・I-123注射液	MBq
	プロールシンチ注	MBq	カルデイオダイン注	MBq
	ハパティメーツ注	MBq	フェオMIBG・I-131注射液	MBq
	アシロソシンチ注	MBq	アドステロール-I-131注射液	MBq
	ニコライト注射液	MBq	ヨードカブセル-123	37MBq×
	カーティオライト注	MBq	ヨウ化ナトリウムカブセル5号	185MBq×
	ダットスキャソ静注	MBq	テクネMAG3注射液 200MBq	200MBq
			テクネMAG3注射液 300MBq	300MBq
			テクネMAG3注射液 400MBq	400MBq
			MAGシチ注 222MGa	222MBq
			MAGシチ注 333MGa	333MBq
			MAGシチ注 555MGa	555MBq
			マイビュ-注シリツ <sup>®</sup> 296MBq	296MBq
			マイビュ-注シリツ <sup>®</sup> 592MBq	592MBq
			マイビュ-注シリツ <sup>®</sup> 740MBq	740MBq
99m-Tc用標識キット				
	テクネDMSAキット			
	テクネリシン酸キット			
	テクネDTPAキット			
	テクネMAAキット			

## 放射線科造影検査問診票

## 患者記載用

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

◎検査を安全に行うために、以下の質間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	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 右手(R) <input type="checkbox"/> 左手(L) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 発疹・発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> その他( )
○上記の質問で“はい”的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

妊娠の可能性がありますか？	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 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	※休薬してない場合、 当院では 検査できません

#### ・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
--	-------------------------------	--