

# 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<br>(第一希望 月 日) 午前・午後<br>(第二希望 月 日) 午前・午後<br>(第三希望 月 日) 午前・午後 | <input type="checkbox"/> どの日でも良い<br><input type="checkbox"/> 患者様の都合が合わない日<br>( 月 日)( 月 日)<br>(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 ☐ 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	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

<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"/>	骨髓	<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・ホルサー)	<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(アドステロル)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 利尿レノグラム
<input type="checkbox"/>	肝受容体(アアD)	<input type="checkbox"/>	副腎髄質(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) <div style="float: right;"> <input checked="" type="checkbox"/> 読影         </div>	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	リン酸ガリウム(67Ga)注	MBq	
部分(動態)シンチグラム	テクネチウム注-20M	740MBq	塩化リウム-Tl201注射液	MBq	
全身シンチグラム	クリプトン注	MBq	塩化インジウム(111In)注	74MBq	
シングルフォトンシミュレーションユーター断層撮	ラベルシンチウム-99m注	MBq	パービューシン注	MBq	
甲状腺ラベルイソトープ摂取率	キチン注	MBq	ミオミグ・I-123注射液	MBq	
	ブーロン注	MBq	カルシウム注	MBq	
	ハチン注	MBq	ミオミグ・I-131注射液	MBq	
	アサリン注	MBq	アストリン-131注射液	MBq	
	ニューライト注射液	MBq	ヨードカリウム-123	37MBqX	
メディア	カルシウム注	MBq	ヨウ化ナトリウム-125	185MBqX	
CD・DVD	タックスシン静注	MBq	テクネチウム注 200MBq	200MBq	
その他の薬品・材料			テクネチウム注 300MBq	300MBq	
生食注リン「オ」10ml			テクネチウム注 400MBq	400MBq	
生食注リン「オ」20ml	テクネチウム注射液 370MBq	370MBq	MAGリン注 222MBq	222MBq	
生理食塩液 20ml	テクネチウム注射液 555MBq	555MBq	MAGリン注 333MBq	333MBq	
生理食塩液 100ml	テクネチウム注射液 740MBq	740MBq	MAGリン注 555MBq	555MBq	
生理食塩液 250ml	テクネチウム注射液 925MBq	925MBq	リン「ユー」注 296MBq	296MBq	
ビタミンC末 500mg			リン「ユー」注 592MBq	592MBq	
ラシックス注 20mg 2ml	99m-Tc用標識キット		リン「ユー」注 740MBq	740MBq	
ダイオキシン注 500mg	テクネチウムDMSAキット				
アトリン硫酸塩注 0.5mg 1ml	テクネチウムリン酸キット				
リン酸リン注 2.5% 10ml	テクネチウムDTPAキット				
トリクロリン注 10% 1ml	テクネチウムMAAキット				
リン酸リン負荷用静注 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	<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
--	-------------------------------	--