

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	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 ☐ 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)	☐ 骨髓	☐ 脂肪酸代謝 (BMIPP)	
☐ 唾液腺	☐ ガリウム	☐ 99mTc-MIBI	
☐ 甲状腺 (Tc・TI)	☐	☐ 99mTc-tetrofosmin	
☐ 甲状腺 I (摂取率・トレーサー)	☐ 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 (アドステロイド)	☐	
☐ 肝受容体 (アサロ)	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 塩化インジウム (111In) 注	74MBq
☐ シンチグラフィ・シンチスキャン・CT・PET・断層撮影	☐ ランゲルハンス細胞注-99mTc	☐ パラセチモール注	MBq
☐ 甲状腺ラベリング・甲状腺機能検査	☐ キネジン注	☐ ミオミグロ-123注射液	MBq
	☐ プラズマ注	☐ カルシウム注	MBq
	☐ ハリウム注	☐ テクネチウム注-131	MBq
	☐ アスタチン注	☐ テクネチウム注-131注射液	MBq
	☐ テクネチウム注射液	☐ アドステロイド注	MBq
	☐ カルシウム注	☐ テクネチウム注-123	37MBq×
	☐ テクネチウム注	☐ テクネチウム注-123	185MBq×
	☐ テクネチウム注	☐ テクネチウム注 200MBq	200MBq
	☐ テクネチウム注	☐ テクネチウム注 300MBq	300MBq
	☐ テクネチウム注	☐ テクネチウム注 400MBq	400MBq
	☐ テクネチウム注	☐ MAG注 222MBq	222MBq
	☐ テクネチウム注	☐ MAG注 333MBq	333MBq
	☐ テクネチウム注	☐ MAG注 555MBq	555MBq
	☐ テクネチウム注	☐ マイグロ-1注 296MBq	296MBq
	☐ テクネチウム注	☐ マイグロ-1注 592MBq	592MBq
	☐ テクネチウム注	☐ マイグロ-1注 740MBq	740MBq
99m-Tc用標識キット			
☐ 生食注 10ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ 生食注 20ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ 生理食塩液 20ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ 生理食塩液 100ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ 生理食塩液 250ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ ビタミンC末 500mg	☐ テクネチウム注	☐	
☐ ラシックス注 20mg 2ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ ガンマ注 500mg	☐ テクネチウム注	☐	
☐ テクネチウム注 0.5mg 1ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ テクネチウム注 2.5% 10ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ テクネチウム注 10% 1ml	☐ テクネチウム注	☐	
☐ テクネチウム注 60mg	☐ テクネチウム注	☐	

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

【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いますか？ ※糖尿病薬を内服してない場合は 記入の必要はありません	いいえ	はい	該当している場合、 休薬の説明をお願いします。 (C T終了後、翌々日まで休薬)
			☐ 休薬説明済み

・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
--	-------------------------------	--