

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

患者様が希望される日時

月 日 午前・午後

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(歳)	電話番号【自宅】() - 【携帯】() -
江別市立病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 → 受給者証の病名

患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定 : 月 日)
検査項目	<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 → 冠動脈CTの場合 コアベータ使用 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> DEXA (骨密度測定検査)
CT,MRI,RIの場合 画像データのお渡し	<input type="checkbox"/> 郵送(通常) <input type="checkbox"/> 患者様に当日お渡し(お急ぎの場合) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 別紙添付参照

MR I 検査依頼票

カナ 氏名	様	施設名	指示医師		
		検査年月日	検査時間		
		術式	Plain ・ Enhance	体重	k g
		備考			

頭部	脳	胸部	縦隔	骨盤	骨盤腔
	頭部MRA		心臓		前立腺
	下垂体		冠動脈		膀胱
	聴神経		胸部大動脈	脊椎	頸椎
	眼窩 (右・左)		乳腺 (右・左)		胸椎 (中心)
	副鼻腔		肝臓 (Gd ・ EOB)		腰椎
その他	腹部	MRCP	四肢	肩関節 (右・左)	
頸部		頸部		脾臓	股関節 (右・左)
		頸部MRA		腎臓・副腎	膝関節 (右・左)
		唾液腺		腹部大動脈	上肢 ()
		その他		腎動脈	下肢 ()

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします) 読影

撮影部位		
術式	単純	造影
電子画像管理加算	有	無
CD・DVD	枚	

造影剤	数量
ガドピスト	5m l
ガドピスト	7.5m l
マグネソープシツツ	10m l
マグネソープシツツ	15m l
ホーステル内用液10	250m l
EOB7°リビストシツツ	10m l
リソピスト注	1.6m l

医療材料	数量
生食(20m l)	
生食(100m l)	
生食(250m l)	
担当技師	

【医師/看護師記載用】

ID :	検査予定日①	月	日	CT	MRI
フリガナ :	検査予定日②	月	日	CT	MRI
氏名 :	看護師サイン				
生年月日 :	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 ビッ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 ※休薬していない場合、 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
--	-------------------------------	--	--

<院外用>

MRI検査 問診票

ID	問診日	年 月 日
フリガナ	検査予定日	年 月 日
名前	看護師サイン	
生年月日	(歳)	

MRI検査は電磁波と強力な磁石を用いております。そのため、以下の様な金属を用いた製品は、吸着・故障・熱傷など患者様に影響を及ぼす可能性があります。

安全に検査を行うため、以下の質問について当てはまる欄に☑、またはご記入をお願いします。

1. 体内金属についてご回答をお願いします

【各医療機関の方へ】

A) 当院では検査が出来ない製品		▶	A)に該当する製品	
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器		▶	当院ではMRI対応製品でも検査できません
<input type="checkbox"/> その他体内電子機器(神経刺激装置等)	<input type="checkbox"/> 眼などに金属片がある			
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】				
B) 高リスクの製品		▶	B)に該当する製品	
<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 磁石を用いた製品(入れ歯等)		製品により検査対応可能な場合があるので、当院へ詳細をお伝え下さい	
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】				
C) MRI対応の確認が必要な製品		▶	C)に該当する製品	
頭部	<input type="checkbox"/> 脳室内シャント		▶	製品の添付文書などで、MRI対応情報の確認をお願いします
	<input type="checkbox"/> 義眼			
	<input type="checkbox"/> アートメイク(アイライン等)		※添付文書でMRI禁忌の製品は検査できません	
血管・心臓	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ/コイル	▶	MRI対応の確認結果は、別紙『放射線科 検査情報・指示書』のMRIの欄へ記載をお願いします	
	<input type="checkbox"/> 心臓人工弁			
	<input type="checkbox"/> CVポート			
	<input type="checkbox"/> ステント [ステント挿入部位の確認] 頸部、心臓、大動脈、下肢、尿管、その他[]	骨	<input type="checkbox"/> 人工関節	
			<input type="checkbox"/> プレート	
			<input type="checkbox"/> ボルト(ねじ)	
		その他	<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ [内視鏡検査日: 年 月 日] ※製品によっては、排出確認のため、レントゲン撮影が必要になることもあります。	
			<input type="checkbox"/> 刺青	
			<input type="checkbox"/> その他の体内金属 []	
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】				

2. 体外の金属や貼り付け薬についてご回答をお願いします

A) 体外の装飾品 ⇒ 検査前に外す必要があります					
<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> イヤリング
<input type="checkbox"/> ネックレス	<input type="checkbox"/> 指輪	<input type="checkbox"/> 時計	<input type="checkbox"/> 財布	<input type="checkbox"/> 鍵	<input type="checkbox"/> 義肢
<input type="checkbox"/> 金具のある下着/衣服	<input type="checkbox"/> 金属を含む化粧品(アイシャドウ/マスカラ等)			<input type="checkbox"/> ヒートテック	
<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> カード(クレジットカード等)		<input type="checkbox"/> 電子機器(携帯電話等)		
<input type="checkbox"/> 湿布/エレキバン	<input type="checkbox"/> カイロ				
B) 貼付剤/貼付製品 ⇒ 検査前にはがして良いか医師へ相談をお願いします					
<input type="checkbox"/> 経皮吸収貼付剤(ニトロダーム/ニコチネル/ノルスパンテープ/ニュープロパッチ等)					<input type="checkbox"/> 皮下血糖センサー

3. 閉所恐怖症はありますか？

いいえ はい (医師に相談が必要となります)

4. 女性の方のみに伺います：現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい (医師に相談が必要となります)