

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

CT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・Dynamic	体重 kg
		備考	

頭部	脳	腹部	肝臓	胸部	肺
	その他		胆嚢		縦隔
頭頸部	顔面		膵臓		背髄
	眼窩		脾臓	頸椎 (中心に)	
	副鼻腔		腎臓	胸椎 (中心に)	
	側頭骨		副腎	腰椎 (中心に)	
	頸部		骨盤腔	その他 ()	
	甲状腺		その他 ()		
CTA	冠動脈			四肢	上肢 ()
	下肢動脈				下肢 ()
	大動脈		その他 ()		
	その他 ()				

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	

担当技師		
造影剤		数量
イパミド-ル370注射液	100mL 「F」	
イパキル-ル300注射液	100mL 「F」	
オムニコート240注射液	100mL	
ピリシパ注射液点滴静注50	100mL	

医療材料	数量
生食(20m l)	
生食(100m l)	
生食(250m l)	
ミオコルスプレー 0.3mg	
コアベータ注射用 12.5mg	
リナドール注射液2mg(0.4%)0.5mL	

造影CTに関する説明と同意書

ヨード造影剤を使用した検査を受けられる方へ

1. 目的と方法

ヨードが主成分の造影剤という薬剤を注射しながら行う検査です。

造影剤を用いることで病気の診断や状態を明らかにすることに役立ちます。

2. 造影剤の副作用

造影剤は安全な薬剤ですが、下記のような副作用が生じることがあります。異常が出たときや何か変だと感じたら、ためらわず直ぐにお申し出ください。

軽い副作用

発生頻度は100人につき3人程度、約3%の確率で起こります。

*吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、蕁麻疹、かゆみ、動悸、咳など。多くは心配ありません。

重い副作用

発生頻度は10,000人につき5人以下、約0.05%未満の確率で起こります。

*ごく稀に息苦しさ、血圧低下、意識消失が起こることがあります。

*非常に稀ですが病状・体質によっては、10万人に1人(0.001%)の割合で死亡例も報告されています。

◆副作用は造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、検査中は看護師・技師が患者様の様子を観察しています。万一副作用が起きた場合は、必要に応じて最善の処置を行います。

◆こうした副作用は事前に予測することが困難です。アレルギー体質の方や持病によっては副作用が出やすいこともあるので、担当医の判断で注射をしない場合もあります。

ビグアナイド系糖尿病薬と造影剤の併用

*ビグアナイド系糖尿病薬を服用中にヨード系造影剤を使用すると、血中の乳酸値が上昇することがあるため注意が必要とされています。胃部症状や筋肉痛、過呼吸等が発生する恐れがあります（死亡例の報告あり）。

◆当院では造影検査の前夜2日間について、内服を制限する対応となっております（検査日を含めて5日間）。病状によっては、医師の指示どおりにしてください。

<ビグアナイド系糖尿病薬の一例>

{ グリコラン錠、ネルビス錠、メデット錠、メトホルミン塩酸塩錠、メルピン錠、メトリオン錠、
メトグルコ錠、メタクト配合錠LD、メタクト配合錠HD、ジベトンS錠、ジベトンB錠、ジベトス錠 など }

検査をできるだけ安全確実に行うために「問診票」のご記入をお願いし、確認させていただきます。

3. 検査後の注意

*造影剤注射後は水分をいつもより多く飲んでください。

注意 医師に水分制限をされている方は医師の指示どおりにしてください。

*稀に造影剤注射後、数日経過してから症状が出る場合があります。その際はご連絡ください。

以上の説明をご理解いただいた上で、同意書に署名をお願い致します。同意された後でも、いつでも撤回することができますし、次の造影検査までにお気持ちが変わられた場合には、当院スタッフにお申し出ください。

【造影CTの説明】

私は患者様に上記事項について説明しました

年 月 日

医師氏名

【造影CTの同意書】

私は造影検査の説明を受け、目的や方法、危険性について記載事項を読み理解したので、造影CT検査を受けることに同意します。また万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します

年 月 日

ご本人の署名

*未成年・本人記入が困難な場合

代理人の署名

(続柄)

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	<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”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 :	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
--	-------------------------------	--	--