

診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

患者ご紹介の際はお手数でもこの用紙に御記入の上、地域医療連携室へFAX送信下さい。

目的にチェック  して下さい。

外来受診予約

CF検査  GTF検査

検査（CT・MRI・RI・一般撮影）  読影希望

患者さんが希望される日時

月 日 午前・午後

江別市立病院

地域医療連携室 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

Tel. 382-5151(内線1152)

Fax. 382-8381

紹介日令和 年 月 日

(紹介元)  
医療機関

医師名

Tel. ( ) -

Fax. ( ) -

当院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入下さい。

ふりがな  
患者名

住所 〒

大・昭 (男・女)  
生年月日 平・令 年 月 日生( 歳)

連絡先【自宅】Tel. ( ) -  
【勤務先】Tel. ( ) -  
【自宅】Fax ( ) -

江別市立病院での受診歴 無・有 →

患者カード番号 -

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)

資料

無  有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム・プレパラート  事前郵送可能  当日持参

希望診療科 内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 神経内科 小児科 産婦人科 外科 整形外科  
耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 精神科

希望検査項目  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検査  一般撮影  
 GTF検査  CF検査  その他 ( )

CT、MRI造影検査の依頼では、患者さんの服用している薬剤リストを一緒にFAXして下さい。

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下さい。)

# MR I 検査依頼票

カナ 氏名	様	診療科(外来・入院)	指示医師
		検査年月日	検査時間
		術式 Plain・Enhance ( )	体重 k g
		患者移動 歩行・車椅子・ベット・ストレッチャー	
		感染症(+・-) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ( )	

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	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)  読影希望

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
マグネコップシリンジ	10m l
マグネコップシリンジ	15m l
ポーステル内用液10	250m l
EOB7°リビストシリンジ	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	

# 造影 MRI 検査に関する説明と同意書

有効期日

年 月 日迄

造影剤ガドリニウムを使用した検査を受けられる方へ

## 1. 目的と方法

①MRI 検査は、大きな円形筒の磁石の中に入り体に電磁波を当てて、人体の様々な断面像を取る検査です。撮影中は装置から工事現場のような大きな音がします。強力な磁石の中での検査となりますので、検査室内に金属製品や電子機器を持ち込めません。 体表面や体内にペースメーカーなどの金属が入っている方は、発熱などの危険性が生じることがあり、担当医の判断で検査を行わない場合があります。

②検査目的によっては、より正確な診断・血管や臓器の状態を明らかにするために造影剤（ガドリニウム）の注射が必要になる場合があります。ただし、重症の腎機能障害やアレルギー体質がある場合には造影剤を使用できないことがあります。

## 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、ためらわずすぐにお申し出ください。

**軽い副作用** 発生頻度は 100～200 人につき 1 人程度、約 1～0.5%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。

\*重症の腎機能障害がある場合には、皮膚に線維化を起こす事があります。（腎性全身性線維症）

\*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。重症の腎機能障害やアレルギー体質の方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、造影検査を行えない場合があります。

**検査をできるだけ安全確実にを行うために「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。その際にご連絡ください。

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。この同意書は検査に同意された日から3ヶ月間は有効とさせていただきますが、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、医師、看護師にお申し出ください。

### 【造影 MRI 検査の説明】

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

印

### 【造影 MRI 検査の同意書】

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 MRI 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

)

# 放射線科造影検査 問診票

ID			
フリガナ			様
名前			歳
生年月日	年	月	日

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CT (造影)  | <input type="checkbox"/> DIP      |
| <input type="checkbox"/> MRI (造影) | <input type="checkbox"/> IVP      |
| <input type="checkbox"/> RI       | <input type="checkbox"/> その他造影( ) |

予定検査日
年 月 日

● 身長	● 体重
cm	kg

問診日
年 月 日

看護師サイン

造影剤を使用する検査またはRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

◎ 当てはまる欄に 、またはご記入をお願いします。

● アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？ (薬・食物・ゴム・気管支喘息等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※特に気管支喘息は副作用頻度が高くなる報告があるので、医師に相談をお願いします。 <看護師へ> アレルギーありの場合、「アレルギーチェック表」に記載・聞き取り
今までに、造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 尿路系検査 <input type="checkbox"/> 胆嚢膵臓系検査 <input type="checkbox"/> その他( )
● その時、副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発疹・発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> あくび <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> のど違和感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> その他( )
その時、処置を受けましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処置[ ]
● 糖尿病薬(血糖を下げる薬)を服用していますか？ (種類によって休薬が必要です)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<看護師へ> 電子カルテ掲示板>ビグアナイド系一覧表で確認して下さい。 ただし、造影MRIおよびRI検査は休薬が不要です。
● 点滴の使用が禁止されている四肢はありますか？ (シャントや手術で使用禁止等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 右手(R) <input type="checkbox"/> 左手(L) <input type="checkbox"/> その他( )
● 造影可能なCVポート(パワーポート)が挿入されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
○ 腎臓・心臓・肝臓・甲状腺の病気や、機能が悪いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 病名[ ]

※ 女性の方のみお答え下さい。

○ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「はい」の場合、医師に相談が必要となります。
現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「はい」の場合、一時的に授乳を控える必要があります。

# 放射線科 検査記録用紙

ID	
(ふりがな)	
名前	
生年月日	年 月 日 ( 歳)

検査日	年	月	日
<input type="checkbox"/> CT(E)		<input type="checkbox"/> DIP	
<input type="checkbox"/> MRI(E)・(P)		<input type="checkbox"/> IVP	
<input type="checkbox"/> RI			

身長	cm
体重	kg

## 患者情報 依頼施設で記入をお願いします

「造影剤検査の同意書」の署名あり(造影検査時のみチェック)

**ラテックスアレルギー**     無     有

**その他のアレルギー**  
(酒精綿、絆創膏、  
気管支喘息等)     無     有

内容	
----	--

**禁止四肢**     無     有

部位	
----	--

**造影剤副作用歴**     使用歴無し  
 無     有    ⇒

**検査前処置の確認**

無    ※前処置無しで検査可能な場合

有    <前処置内容を記載> (検査前に吐気止め使用等)

**経口糖尿病薬**     無     有

**絶食**     無     有    (    )から絶食

## CT：冠動脈検査のみ

**コアペータの使用**     使用可     使用不可

**ミオコルスプレーの使用**     使用可     使用不可

## MRI：すべての検査

**体内金属**  
(インプラント)     無     有

**MRI対応の確認**  
 全インプラントがMRI対応

**外せる金属類**  
(入歯、補聴器等)     無     有

## RI：脳DATシンチ、副腎皮質(アドステロール)シンチのみ

**アルコール過敏症**     無     有    ※飲酒に対し強い反応が出る場合は“有”にチェック

地域連携室：糖尿病薬の確認(CT造影時、前後2日間の休薬指示の実施)

## 検査時入力 当院放射線科で記入します

**休薬の確認**    ①検査前2日間の休薬実施の確認     済    ②検査後2日間の休薬予定の確認     済

**検査で使用する留置針**     20G  
 22G      G

**留置針の部位**     右     左    部位

**担当看護師サイン**   

**検査前血圧**     /

**検査前心拍数**   

## 実施入力

<b>投与前ルート確認</b>	発赤 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	腫脹 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	疼痛 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	逆流 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	滴下 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
-----------------	--	--	--	--	--

<b>冠動脈CT時コアペータの使用</b> <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	<b>冠動脈CT時血圧と心拍数</b>	入室時	ミオコルス投与後	検査終了後
---	---------------------	-----	----------	-------

<b>検査終了後</b> <input type="radio"/> 変化なし <input type="radio"/> 変化あり	<b>RI投与前後の血圧 / 心拍数</b>	RI投与前	RI投与後
--	------------------------	-------	-------

**担当者サイン**   

**検査時コメント**    副作用以外で何かあれば記入    →

# MRI 検査 問診票

ID フリガナ 名前 様 生年月日 年 月 日 (歳)	予定検査日		
	年	月	日
	問診日	年	月 日
	有効期限(問診日から3ヶ月)	年	月 日
看護師サイン			

MRI 検査は強力な磁石や電磁波を用いており、以下の物は吸着・故障・やけどなどの危険を及ぼす可能性があります。安全に検査を行うため、MRI対応の確認や取り外せる物の確認を行います。

1. ①～③に該当する物がある場合、 をお願いします。

## ①該当する場合、当院では原則検査が出来ない項目

- 心臓ペースメーカー     埋め込み型除細動器     人工内耳  
 磁石を用いたインプラント(入れ歯等)     眼などに金属片がある

## ②手術歴などの確認で、MRI 対応の確認が必要な項目

《頭部》

- 脳室内シャント     義眼     アートメイク(アイライン等)

《血管/心臓》

- 脳動脈瘤クリップ/コイル     心臓人工弁     CV ポート  
 ステント(脳、心臓、大動脈、下肢、その他[    ])

《骨》

- 人工関節〔部位:    〕     プレート〔部位:    〕     ボルト(ねじ)〔部位:    〕

《その他》

- 内視鏡クリップ〔内視鏡検査日:平成 年 月 日〕

※ 2週間以内に使用歴があり、医師の判断で検査を行う場合は、腹部レントゲン撮影および以下の同意の署名が必要です

- 入れ墨     その他の体内金属[    ]

## ③検査室に持ち込めないため、外して頂く項目

- 補聴器     眼鏡     入れ歯     ウィッグ     ヘアピン     イヤリング  
 ネックレス     指輪     時計     財布     鍵     義肢  
 金具のある下着/衣服     金属を含む化粧品(アイシャドー、マスカラ等)     カラーコンタクト  
 カード(クレジットカード等)     ヒートテック     電子機器(携帯電話等)     湿布 / エレキバン  
 カイロ     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)  
 その他[    ]

2. 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。

3. 【女性の方のみにご確認ください】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。

【内視鏡クリップに関する同意書】 私は内視鏡クリップに関する注意事項の説明を受け、危険性について理解したので、腹部レントゲン撮影をすること、および体外に排出されていなくても MRI 検査を受けることに同意します。また万一これによる症状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    ご本人署名

代理人署名    (続柄    )

※未成年・本人記入が困難な場合

# アレルギーチェック表

検査や手術・治療を安全に受けていただくために、記入もれのないようお願い致します

患者ID		生年月日		年齢	
患者氏名		性別		診療科	
記載日	年	月	日	記載者	

## ● 薬剤アレルギー

薬物アレルギーはありますか？ (発疹・かゆみ、吐き気・嘔吐、頭痛・咳などの症状や体調が悪くなったことがある)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
上記で <input checked="" type="checkbox"/> あり の場合、該当する薬剤を○で囲み、お薬の名前をご記入ください		
<b>造影剤</b> (画像検査を、よりわかりやすくするために使用される検査用の薬剤)		
CT検査、アンギオ、X線TV検査で多く使われる造影剤(ヨード造影剤)	薬剤名	→
MRI検査で使われる造影剤(ガドリニウム製剤)	薬剤名	→
<b>抗菌薬</b> (化膿止めのお薬など)	薬剤名	→
<b>局所麻酔剤</b> (歯科治療の際の麻酔など)	薬剤名	→
<b>鎮痛・解熱剤</b> (痛み止めなど)	薬剤名	→
<b>その他の薬剤</b>	薬剤名	→

## ● 食物アレルギー (食物アレルギー有りの場合、看護師は「食物アレルギー除去食品確認票」を確認し栄養科に提出する)

食物アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
上記で <input checked="" type="checkbox"/> あり の場合、食品名を○で囲んでください。		
卵 乳製品 小麦 大豆 魚介 肉類 果物 野菜 そば ナッツ その他 ( )		

## ● ラテックス(ゴム)アレルギー

ゴム製品(風船・ゴム手袋など)に対して、アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
植物(ポインセチアなど)や、果実(バナナ・アボカド・トロピカルフルーツ・キウイ・プラム・さくらんぼ・桃・栗など)に、アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
繰り返し医療的な処置を受けていますか？(多くの手術経験やカテーテル留置など)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
日常的に、ゴム製品に触れる職業に従事していますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
アレルギー疾患(気管支喘息やアレルギー性炎症)などがある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
上記で <input checked="" type="checkbox"/> あり の場合、アレルギー疾患を○で囲んでください。(医師(クラーク)・看護師は「既往歴」にも入力する)		
気管支喘息      アレルギー性鼻炎      アレルギー性結膜炎      花粉症      接触性皮膚炎		
アトピー性皮膚炎      慢性の湿疹      慢性の蕁麻疹      その他 ( )		

## ● その他のアレルギー

その他のアレルギー及びアレルギーを起こす原因や過敏症がある場合、○で囲んでください		
アルコールアレルギー(酒精綿など)      金属アレルギー      絆創膏      湿布      その他 ( )		

## ● その他、お気づきの点がありましたらご記入ください

--