

# 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

# RI検査依頼票

カナ 氏名	様	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

<input type="checkbox"/>	脳DAT	<input type="checkbox"/>	骨	<input type="checkbox"/>	心筋	各検査法 <input type="checkbox"/> RI Angio (骨) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rest <input type="checkbox"/> Early & Delayed <input type="checkbox"/> Dual Imaging <input type="checkbox"/> QGS(心電同期SPECT) <input type="checkbox"/> 利尿レノグラム
<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"/>	唾液腺	<input type="checkbox"/>	ガリウム	<input type="checkbox"/>	99mTc-MIBI	
<input type="checkbox"/>	甲状腺(Tc・Tl)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	99mTc-tetrofosmin	
<input type="checkbox"/>	甲状腺I(摂取率・Tl-サ)	<input type="checkbox"/>	腎機能(DTPA)	<input type="checkbox"/>	交感神経(MIBG)	
<input type="checkbox"/>	副甲状腺	<input type="checkbox"/>	腎機能(MAG)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	肺血流	<input type="checkbox"/>	腎形態	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	副腎皮質(アドステロ)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	肝受容体(アア)	<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)	<input checked="" type="checkbox"/> 読影	注射	月 日 ( ) 時 分
		検査	月 日 ( ) 時 分

### 各種検査薬剤

部分(静態)シンチグラム
部分(動態)シンチグラム
全身シンチグラム
ツグ ルフトソミツヨソツル ユーター断層撮
甲状腺ツグ オイト-7 摂取率

テクネツチ注-10M	370MBq
テクネツチ注-20M	740MBq
クリアブ-ツ注	MBq
ラツグ ツチTc-99m注	MBq
キド ニ-ツチ注	MBq
ア-ルツチ注	MBq
ハバ ティメ-ツ 注	MBq
アツアロツチ注	MBq
ニューロイト注射液	MBq
カーデ イオライト注	MBq
タツトスキャン静注	MBq
テネMMP注射液 370MBq	370MBq
テネMMP注射液 555MBq	555MBq
テネMMP注射液 740MBq	740MBq
テネMMP注射液 925MBq	925MBq

### 各種検査薬剤

ケツ酸ガ リウム(67Ga)注	MBq
塩化ケツム-Tl201注射液	MBq
塩化イツ ム(111In)注	74MBq
ハ-ヒューザ ミ注	MBq
ミオMIBG・I-123注射液	MBq
カルデ イオ イ注	MBq
フェオMIBG・I-131注射液	MBq
アドステロ-131注射液	MBq
エド カブ ツル-123	37MBqX
ヨウ化ナトリウムカブ ツル5号	185MBqX
テネMAG3注射液 200MBq	200MBq
テネMAG3注射液 300MBq	300MBq
テネMAG3注射液 400MBq	400MBq
MAGツチ注 222MBq	222MBq
MAGツチ注 333MBq	333MBq
MAGツチ注 555MBq	555MBq
マイレ ユ-注ツチツ 296MBq	296MBq
マイレ ユ-注ツチツ 592MBq	592MBq
マイレ ユ-注ツチツ 740MBq	740MBq

メディア	
CD・DVD	枚
その他の薬品・材料	
生食注ツチツ 「オ-カ」 10ml	
生食注ツチツ 「オ-カ」 20ml	
生理食塩液 20ml	
生理食塩液 100ml	
生理食塩液 250ml	
ビタミンC末 500mg	
ラシックス注 20mg 2ml	
ダ イアモク注 500mg	
アドステロ硫酸塩注 0.5mg 1ml	
ネオフィリン注 2.5% 10ml	
トリカリンロップ 10% 1ml	
アツ ツチ負荷用静注 60mg	

### 99m-Tc用標識キット

テネDMSAキット	
テネレ ツリン酸キット	
テネDTPAキット	
テネMAAキット	



【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
--	-------------------------------	--	--