

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"/>	骨髄	<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・I-サテ)	<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(アドレナール)	<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

テネツチ注-10M	370MBq
テネツチ注-20M	740MBq
クリアール注	MBq
ラックツチTc-99m注	MBq
キドニツチ注	MBq
アールツチ注	MBq
ハバタイムツ注	MBq
アアロツチ注	MBq
ニューロイト注射液	MBq
カーデイオライト注	MBq
ダットスキャン静注	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

ケイ酸ガリウム(67Ga)注	MBq
塩化タリウム-Tl201注射液	MBq
塩化インジウム(111In)注	74MBq
ハルヒューザミ注	MBq
ミオMIBG・I-123注射液	MBq
カルデイオライト注	MBq
フェオMIBG・I-131注射液	MBq
アドレナール-131注射液	MBq
エドカール-123	37MBq×
ヨウ化ナトリウムカプトシド5号	185MBq×
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
マイレール注 296MBq	296MBq
マイレール注 592MBq	592MBq
マイレール注 740MBq	740MBq

99m-Tc用標識キット

テネDMSAキット	
テネセリン酸キット	
テネDTPAキット	
テネMAAキット	

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
ツチルフォソミツチヨソツチユーター断層撮
甲状腺ツチアイト-7 摂取率

メディア
CD・DVD 枚
その他の薬品・材料
生食注ツチ「オカ」10ml
生食注ツチ「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
ダアモックス注 500mg
アドレナール硫酸塩注 0.5mg 1ml
ネオフィリン注 2.5% 10ml
トリカリンロップ 10% 1ml
アールツチ負荷用静注 60mg

RI検査に関する説明と同意書

RI(放射性同位元素)を使用した検査を受けられる方へ

1. RI検査とは

RIという体の特定の部位に集まる放射線を放出する薬剤を注射し（内服の場合あり）、その後各臓器や組織に集まった状態を撮影する検査です。
これにより、各臓器や組織の機能・形態・状態を明らかにすることに役立ちます。
なお、検査に関する時間や検査のための注意事項は、検査部位により異なりますので、別紙「RI検査を受けられる方へ」をご参照願います。

2. RI検査の副作用について

RI検査に使用される薬剤の副作用はほとんどありません。
ただし、以下の検査では記述のような副作用がまれに起こる場合がありますが、いずれも一過性の症状で、特に治療を必要とすることはないとされています。

脳DAT（ドパミントランスポーター）	注射後まれに動悸、顔面紅潮などの副作用
副腎皮質（ ¹³¹ I-アドステロール）	

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. 放射線被ばくについて

RI検査は放射線被ばくを伴う検査です。
しかし、被ばくは少なく、通常の投与方法では臓器に障害を及ぼすことはありません。
また、日常生活にも支障はありません。

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。

【RI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

【RI検査の同意書】

私はRIを使用した検査の説明を受け、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、RI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 : フリガナ : 氏名 : 生年月日 :	問診日	月	日		
	検査予定日①	月	日	CT RI	MRI
	検査予定日②	月	日	CT RI	MRI
	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がありますか？	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

妊娠の可能性がありますか？	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
--	-------------------------------	--	--