

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

紹介日令和 年 月 日

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 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 <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)	
資料	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム・プレパラート	<input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 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。)

CT検査依頼票

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

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	

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	
ビリスビ点滴静注	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	
リナド注2mg(0.4%)0.5mL	

(ID:)

造影検査に関する説明と同意書

ヨード系試薬を使用した検査を受けられる方へ

有効期日(3ヶ月)

年 月 日迄

1. 目的と方法 【CT検査・血管造影検査・排泄尿路造影・胆管造影など】

ヨードを含む試薬を注射しながら行う検査です。造影剤を用いることにより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、ためらわずす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後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、メルビン錠、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 等 }

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。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。

【造影剤検査の説明】

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

【造影剤検査の同意書】

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)

【医師/看護師用】

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

・造影CTの場合のみ

糖尿病薬について伺います。 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 ※休薬できない場合、 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
--	-------------------------------	--	--