

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。)

# 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	腹部	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
マグネソープシツツ	10m l
マグネソープシツツ	15m l
ホーステル内用液10	250m l
EOB7°リビストシツツ	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	

【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 <b>事前に</b> 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
--	-------------------------------	--	--

<院外用>

# MRI検査 問診票

ID フリガナ 名前 生年月日	様 ( 歳)	問診日	年 月 日
		検査予定日	年 月 日
		看護師サイン	

MRI検査は電磁波と強力な磁石を用いております。そのため、以下の様な金属を用いた製品は、吸着・故障・熱傷など患者様に影響を及ぼす可能性があります。

安全に検査を行うため、以下の質問について当てはまる欄に☑、またはご記入をお願いします。

## 1. 体内金属についてご回答をお願いします

【各医療機関の方へ】

A) 当院では検査が出来ない製品

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器
<input type="checkbox"/> その他体内電子機器(神経刺激装置等)	<input type="checkbox"/> 眼などに金属片がある
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】	

A)に該当する製品

当院ではMRI対応製品でも検査できません

B) 高リスクの製品

<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 磁石を用いた製品(入れ歯等)
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】	

B)に該当する製品

製品により検査対応可能な場合があるので、当院へ詳細をお伝え下さい

C) MRI対応の確認が必要な製品

<input type="checkbox"/> 脳室内シャント	<input type="checkbox"/> 人工関節
<input type="checkbox"/> 義眼	<input type="checkbox"/> プレート
<input type="checkbox"/> アートメイク(アイライン等)	<input type="checkbox"/> ボルト(ねじ)
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ/コイル	<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ
<input type="checkbox"/> 心臓人工弁	[内視鏡検査日: 年 月 日]
<input type="checkbox"/> CVポート	※製品によっては、排出確認のため、レントゲン撮影が必要になることもあります。
<input type="checkbox"/> ステント	<input type="checkbox"/> 刺青
[ステント挿入部位の確認] 頸部、心臓、大動脈、下肢、尿管、その他[ ]	<input type="checkbox"/> その他の体内金属 [ ]
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】	

C)に該当する製品

製品の添付文書などで、MRI対応情報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

MRI対応の確認結果は、別紙『放射線科 検査情報・指示書』のMRIの欄へ記載をお願いします

## 2. 体外の金属や貼り付け薬についてご回答をお願いします

A) 体外の装飾品 ⇒ 検査前に外す必要があります

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

B) 貼付剤/貼付製品 ⇒ 検査前にはがして良いか医師へ相談をお願いします

<input type="checkbox"/> 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/ニュープロパッチ等)	<input type="checkbox"/> 皮下血糖センサー
---	-----------------------------------

## 3. 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)

## 4. 女性の方のみに伺います：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)