

FAX

054-646-1380

054-646-1176 (志太医師会会員専用)

受診 希望科	科
希望医師	医師

※産婦人科（ご出産）へ申込みの方必須

母子健康手帳	☐ 有	☐ 無
母子健康手帳をお持ちでない方はご記入ください		
母子健康手帳交付予定日	年	月 日

※糖尿病・内分泌内科への申込みの方必須

インシュリン	☐ 有	身長	体重
治療の有無	☐ 無	cm	kg

紹介元医療機関（医療機関名、所在地、電話番号、FAX番号）

紹介医師氏名

希望日	第1希望	年	月	日	曜日
	第2希望	年	月	日	曜日
	☐ 希望なし				

フリガナ	旧姓	☐ 男	生年	☐ 西暦 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
患者 氏名	※できる限りご記入下さい	☐ 女	月 日	年 月 日 歳
住所	〒	電話 番号	(自宅)	(携帯)

保険情報

保険 区分	
保険者 番号	☐ 本人 ☐ 家族
記号	番号

発信日時 月 日 時 分

後期高齢者医療、公費情報

負担者 番号									
受給者 番号									

公費情報

負担者 番号									
受給者 番号									

お願い

- ・こちらの申込書に診療情報提供書を添えてFAXにてお申し込み下さい。（緩和ケア科は専用の情報提供書があります。）
 - ・放射線治療科は、主たる診療科と併せてお申し込み下さい。（乳がん治療を除く）
 - ・IVR科の治療を希望される場合は、主たる診療科にお申し込み下さい。
 - ・当日の受診が必要な場合は、医師に確認後受け入れ可否をお返事します。
- なお、11時00分までに受診できない場合は、直接救急外来にお問い合わせください。
- ・以下の診療科への申込みのお返事は翌日以降になります。

消化器内科、産婦人科、腎臓内科、内科、脳神経外科・脳卒中科、心血管外科、血管外科、リハビリテーション科

以下について予めご了承ください。

- ・希望医師は意向に添えない場合があります。
- ・お時間のご希望は、お受けいたしかねます。

疾患症状等による紹介先診療科

- ・皮膚腫瘍（3cm未満のもの）→皮膚科
- ・下肢血管血流障害→血管外科
- ・皮膚腫瘍（3cm以上のもの）→形成外科
- ・中学生以下の内科疾患→小児科
- ・乳児開排制限→整形外科（専門外来）

検査依頼書（診療情報提供書）

藤枝市立総合病院
病 院 長 様

次のとおり患者の検査を依頼いたします。

予約日時：	年	月	日（ 午前・午後 ）	時	分
-------	---	---	------------	---	---

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
患者氏名		性別	男・女	年齢		才
患者住所		電話番号	()			

※検査を依頼する該当項目に○印をつけて下さい。読影の要・不要も記入して下さい。
造影検査を申し込まれる場合には「同意書」、「問診票」もご記入の上お持ち下さい。

1	CT [単純 ・ 造影]	検査希望部位 脳・眼/眼窩・副鼻腔・唾液腺・甲状腺 頸椎・胸椎・腰仙椎 胸部(肺野/縦隔) 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) 骨盤臓器 その他(部位)	希望データ 1. DICOMデータ+ビューア 2. DICOMデータのみ 3. 歯科インプラント用 4. その他 ()
	読影 (要 ・ 不要)		
2	MR I [単純 ・ 造影]		
	読影 (要 ・ 不要)		
3	一般撮影検査	①骨盤計測	②その他部位 ()
4	骨密度測定 (身長 . cm 体重 . kg)		
5	核医学検査 (身長 . cm 体重 . kg) (脳血流シンチ・骨シンチ・レノグラム・ダットスキャン・その他)		
6	マンモグラフィー検査		
7	超音波検査	検査希望部位 (腹部・心臓・乳腺・甲状腺・唾液腺・皮膚腫瘍・頸動脈・上肢(動脈・静脈) 下肢(動脈・静脈)・その他 ())	
※ 臨床診断又は紹介目的 (CT・MR I・超音波検査・核医学検査では必ずご記載下さい。)			
※CT、MR I 造影の場合 (クレアチニン値： e-GFR 値：)			
※ 特記事項 (アレルギー、読影希望のポイントなど。)			

検査依頼日 令和 年 月 日

依頼医 住 所

病医院名

医師名

電話番号

〒

印

()

造影MRI 検査を受ける患者さんへ

氏名()様

あなたの検査予約日時は 月 日 時 分です。

◎ 来院時間：検査40分前までに受付（検査前に医師による問診、検査着への着替え等あり）

◎ 受付場所：正面玄関左側「紹介患者受付」後 → 放射線科受付（1階12番窓口）へ

◎ 持ち物：紹介医からの書類（検査依頼書、問診票、検査同意書）

◎ 食事制限：MRCP（胆のう・膵臓）の検査の方は、6時間前から絶食
それ以外の部位の検査の方は、3時間前から絶食

- 水分（水・茶）は十分に摂っておいてください（乳製品は摂らないでください）。
- お薬についての制限はありません。
- 膀胱を検査する場合、尿を溜めておく必要があります。検査予約時間の1～2時間程度前から
お手洗いにいかず、お越してください。
- 緊急検査等により、少しお待ちいただく場合があります。
- 検査終了後、職員の指示に従い会計となります。
- 予約変更される場合は、患者さんより紹介元医療機関へご相談ください。

【MRI 検査について】

放射線を使わず、強い磁場と電磁波を利用して、体内を画像化する検査です。撮影する部位に関係なく、金属類を身につけたまま撮影室内に入ることには出来ません。放射線を使用していないため、放射線被ばくはありません。検査に使われる程度の磁場や電波の強さでは、人体への直接的な影響はないとされています。検査を安全に行うため、検査予約時間より40分程度前に来院していただき、問診の確認と検査着への着替えをしていただきます。

【検査の流れ】

検査は寝台の上に横になり、筒状の装置の中に入ったまま撮影します。検査時間は、部位や内容によりませんが、約2.0分から4.0分程度です。撮影中は決まった姿勢のまま動かないでください。息を止めたり、唾液を飲み込むのを控えたり、といったことを求められる場合がありますので、ご協力ください。撮影中は工事現場のような大きな音がしますが、ヘッドホン、または耳栓で保護します。撮影中に身体が温かく感じるがありますが、電磁波の影響です。ごくまれにピリピリとした皮膚感覚を感じるがありますが、磁場変動による影響です。いずれも通常安全ですが、我慢できない場合は、撮影前にお渡しする緊急用の呼び出しブザーを鳴らして教えてください。そのほか、わからないことがありましたら、検査担当技師にお尋ねください。

【造影剤について】

造影剤は静脈注射をして、体内に投与します。検査前に点滴をしたり、検査中に注射をします。注射の際に皮下出血を起こしたり、造影剤が血管から漏れることがあります。強い痛みやしびれを感じたときはすぐに教えてください。また、造影剤は広く一般的に用いられているもので安全な薬品とされていますが、まれに副作用が見られることがあります。もし副作用があらわれた場合は、担当医師が速やかに対処いたします。副作用の症状として次のようなものがあります。

- 1) 軽度：かゆみ、発疹、吐き気、嘔吐、くしゃみ、頭痛、下痢など（約1/100）
- 2) 重度：不整脈、けいれん、喘息発作、意識消失など（約1/10,000）
- 3) 病状、体質によっては約40万人に1人の割合で死亡する場合があります。

また、人工透析をされている方、腎機能障害、喘息がある方、以前造影剤によるアレルギー症状を起こした方は、原則MRI造影検査を受けられません。医師、看護師、検査担当技師にお知らせください。

【MRI 検査における制限】

1. 原則禁忌

機械の性質上、以下に該当する方は MRI 検査を受けることが出来ません。医師、看護師、検査担当技師にお知らせください。

- 1) 心臓ペースメーカーが埋め込まれている方（条件付き MRI 対応デバイスを除く）
- 2) 除細動器(ICD・CRT-D) が埋め込まれている方
- 3) 人工内耳、可動型義眼(マグネット式)、神経刺激装置などが埋め込まれている方
- 4) 脳動脈クリップ(強磁性体)が埋め込まれている方(MRI 対応デバイスを除く)
- 5) 眼窩内異物(金属)がある方
- 6) スワングアンツカテーテルが体内に留置されている方
- 7) 妊娠している可能性のある方、特に妊娠初期の方

2. 注意（場合によっては MRI 検査を受けることが出来ません）

以下に該当する方は金属や機械等が MRI に対応しているか確認する必要があります。

- 1) 脳動脈クリップ(強磁性体を除く)、脳室シャントが埋め込まれている方
- 2) 人工心臓弁が埋め込まれている方
- 3) 人工関節、人工骨、骨折治療用金属が埋め込まれている方
- 4) 冠動脈ステント、ステントグラフトが埋め込まれている方
- 5) 消化管止血用クリップが埋め込まれている方

また、以下に該当する方は、事前に主治医とご相談ください。

- 1) 刺青、アートメイクをされている方（やけどや変色の危険性があります。）
該当する場合は危険性を理解した上で検査を受けていただくため署名をいただきます。
- 2) 閉所恐怖症の方（検査を完了できない場合があります）
- 3) 妊娠中の方

3. 検査時に取り外す必要があるもの

検査室は強い磁場のため金属などはひきつけられて危険です。やけどや怪我の原因にもなりますので、貴重品などと一緒にロッカーに入れ、検査着に着替えていただきます。

- 1) 金属類（時計、めがね、ヘアピン、鍵、アクセサリなど）
- 2) 磁気カード（診察券、キャッシュカード、クレジットカードなど）
- 3) 補聴器、カイロ、エレキバン、湿布、入れ歯(義歯)、ウィッグ(かつら)など
- 4) カラーコンタクトレンズ（保存液等をご持参ください）
- 5) インスリンポンプ、持続グルコース測定器（検査前に取り外す必要があります）
- 6) お化粧、ネイル（マグネットネイル、ジェルネイル、ミラーネイルなど）
金属が含まれていることがありますので、検査前には落としておいてください。
- 7) 機能性肌着(保温／遠赤外線効果のあるもの：ヒートテック, エコヒート, ぬくもりインナーなど)温度上昇を起こしやすく、やけどの恐れがあるため、着用している場合は着替えていただきます。
- 8) 尿道留置カテーテル(尿道バルーン)を留置している方(特に DIB キャップの使用)
DIB キャップの栓が磁石なので、キャップ部が磁石でないものに交換する必要があります。

造影MR I 検査 問診票

氏名 _____ 様 (I D _____)

検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査にあたり以下の質問にお答えください。(○をつけてください。)

- 1 心臓ペースメーカーを使用していますか (はい ・ いいえ)
- 2 手術されたことはありますか (はい ・ いいえ)
「はい」の場合、手術内容について簡単に記載してください。
(_____)
- 3 体の中に金属(人工心臓弁、心血管用ステント、人工関節、骨折治療用金属)などが入っていると
言われたことがありますか (はい ・ いいえ)
- 4 義眼・義歯(入れ歯)・義肢・ウィッグ(かつら)などを装着されていますか (はい ・ いいえ)
- 5 刺青をされていますか(色素に金属が含まれています) (はい ・ いいえ)
「はい」の場合、危険性を理解した上で検査を受けることに同意される場合には署名をお願いします。

患者署名： _____

- 6 カラーコンタクトや補聴器、エレキバン、湿布、貼り薬などをつけていますか (はい ・ いいえ)
- 7 化粧やネイル(マグネットネイル、ジェルネイル、ミラーネイルなど)をしていますか (はい ・ いいえ)
- 8 閉所恐怖症はありますか (はい ・ いいえ)
- 9 女性の方へ
現在妊娠していますか (はい ・ いいえ ・ わからない)
現在授乳していますか (はい ・ いいえ)

10 体重をお知らせください 約 _____ k g

造影剤検査について

- 11 気管支喘息と診断された、又は治療したことがありますか (はい ・ いいえ)
- 12 今までにMR I 検査で、造影剤を使用したことがありますか (はい ・ いいえ)
- 13 お薬のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)
「はい」の場合、具体的に記載してください
(_____)

～「腹部」「MRCP」「骨盤」の検査を受ける方のみ、お答えください～

- 14 緑内障で治療していますか (はい ・ いいえ)
- 15 不整脈で治療していますか (はい ・ いいえ)
- 16 甲状腺疾患で治療していますか (はい ・ いいえ)
- 17 糖尿病で治療していますか (はい ・ いいえ)
- 18 男性の方へ
前立腺肥大で治療していますか (はい ・ いいえ)

★この用紙は検査の際に必要ですので必ず当日持参してください。

造影MR I 検査 同意書

患者氏名：_____様

担当医師：()

検査名：造影MR I 検査

検査予定日：_____月_____日

説明内容：

- 1 検査の必要性
- 2 検査内容（方法・所要時間・麻酔・鎮静の必要性）
- 3 検査の危険性および起こり得る合併症とその対処方法
- 4 検査時の薬剤使用の有無・必要性和起こり得る合併症
- 5 入院の必要性の有無
- 6 同意は何度でも取り消せること
- 7 その他 ()

立会人：_____

上記の検査について、担当医から説明を受けよく理解できました。

その結果、

☐ 同意します。☐ 同意できません。

署名年月日：西暦_____年_____月_____日

患者本人署名：_____

又は代諾者・同意者：_____患者との関係 ()

★この用紙はご自身で保管してください。

造影MR I 検査 同意書

患者氏名： _____ 様

担当医師： (_____)

検査名：造影MR I 検査

検査予定日： _____ 月 _____ 日

説明内容：

- 1 検査の必要性
- 2 検査内容（方法・所要時間・麻酔・鎮静の必要性）
- 3 検査の危険性および起こり得る合併症とその対処方法
- 4 検査時の薬剤使用の有無・必要性和起こり得る合併症
- 5 入院の必要性の有無
- 6 同意は何度でも取り消せること
- 7 その他 (_____)

立会人： _____

上記の検査について、担当医から説明を受けよく理解できました。

その結果、

☐ 同意します。☐ 同意できません。

署名年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名： _____

又は代諾者・同意者： _____ 患者との関係 (_____)

★この用紙は検査の際に必要ですので必ず当日ご持参ください。