

佐久総合病院・佐久医療センター

# 2023 紹介用書類セット

紹介に関わる書類のセットです。コピーをしてご利用ください。  
佐久総合病院のホームページからもダウンロードが出来ます。

## 佐久医療センター 地域医療連携室

電話 0267-88-7316 (直通)

FAX 0267-88-7248 (直通)

## 佐久医療センター 高機能診断センター

電話 0267-88-7956 (直通)

FAX 0267-88-7219 (直通)

# 患者紹介状(診療情報提供書)

※佐久医療センターの「地域医療連携室」は、「佐久総合病院(本院)」と「佐久医療センター」両院の紹介窓口となっています。

## 【患者基礎情報】

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日 <sup>T・S</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
<sup>H・R</sup>  
住所 □□□□ - □□□□  
\_\_\_\_\_  
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

## 【診療紹介】(検査申込は別紙がございます。)

紹介科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師(医師の指定がある場合)  
 外来診療  転院  セカンドオピニオン  診療情報の照会  連携パス

## 【希望日】

本日(緊急)(来院方法: 救急車  自家用車  その他 )  
 後日  いつでも良い  
 不都合日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

## 【診療情報提供書】(貴院の書式でもかまいません)

傷病名 \_\_\_\_\_  
既往歴 \_\_\_\_\_  
今回の疾患に関して実施済の検査  
 血液検査  画像( X-P  CT  MRI)  心電図  超音波  内視鏡  病理  
診療情報

※ 出来るだけ「処方」「検査データ」「検査報告書」などもご送付お願いします。

## 佐久医療センター

TEL 0267-62-8181(代表) TEL 0267-88-7316(連携室直通)

【診療時間内の紹介先】

地域医療連携室

FAX 0267-88-7248

【休診日・時間外の紹介先】

救命救急センター

FAX 0267-88-7208

## 佐久総合病院(本院)

TEL 0267-82-3131(代表)

地域医療連携室

FAX 0267-81-1114

# 検査の「同意書」と「問診票」について(お願い)

当院では、各検査における問診票と同意書の取得は、なるべく普段の患者さんの状態を把握している「かかりつけ医」にお願いすることとしていますが、当院でも問診票と同意書の取得ができます。その場合には、結果で検査ができない、あるいは造影剤が使用できないこともあり得ますので、あらかじめご了承ください。

何卒、ご理解とご協力をお願いいたします。

必要書類の早見表

撮影種類	撮影方法	同意書 (書類種別)	問診票 (書類種別)	休薬確認 (書類種別)
CT	単純			
	造影	Ⓐ	Ⓒ	Ⓔ※
	冠動脈	Ⓐ	Ⓒ	Ⓔ※
MRI	単純		Ⓓ	
	造影	Ⓑ	ⒸⒹ	
負荷心筋 SPECT トレッドミル 心肺運動負荷試験		ご依頼いただく際、 当院よりお送りいたします。		

※1 ビクアナイド系糖尿病薬を服用中の方のみ

書類種別なし：造影剤アレルギー前投薬説明用紙

令和5年4月1日

JA 長野厚生連 佐久総合病院  
佐久医療センター  
統括放射線科部長 市川 聡裕



# 【同意書】造影CT検査

検査実施予定日： 年 月 日 時 分～

## 1. 造影剤とは

造影剤とは、病気を正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。今回の検査では、ヨードを含んだ造影剤(ヨード造影剤)を使用します。造影剤を短時間で注入するため体が熱く感じるがありますが、これは心配いりません。

## 2. 造影剤を使用するにあたり、特に注意が必要な方

以下の方は、造影剤を使用するにあたり注意が必要です。このような方は必ず担当医に申し出て下さい。

(ア) 以前に造影検査で副作用が出たことのある方

(イ) 喘息やアレルギーのある方

(ウ) 褐色細胞腫のある方

(エ) 甲状腺疾患のある方

(オ) 腎臓病のある方

## 3. 造影剤の副作用について

造影剤使用に対する危険因子の無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおよそ以下のとおりです。

① 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、咳、くしゃみ、頭痛等です。

その頻度はおおよそ3～5%とされています。

② 重い副作用：まれにショックやアナフィラキシー様の反応（血圧低下や呼吸困難など）が生じる事があります。

その頻度は2500人に1人程度とされています。

## 4. 副作用に対する対応について

検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。

## 5. 授乳中の方へ

造影剤が乳汁中に出てくる可能性があります。そのため、造影剤使用後は4～8時間授乳を中止する必要があります。

## 6. 糖尿病治療薬とヨード造影剤

糖尿病治療薬の中には、ヨード造影剤を使用するにあたり注意が必要なものがあります。服用されている方は主治医に申し出て下さい。

年 月 日 説明医師 \_\_\_\_\_

## 同意書

私は上記の日時に予定されている造影検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。(注：同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することはできます)

J A 長野厚生連 佐久医療センター院長 殿 年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。)

家族または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(本人との関係： \_\_\_\_\_)

## 【同意書】造影MRI検査

検査実施予定日： 年 月 日 時 分～

## 1. 造影剤とは

造影剤とは、病気をより正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。

## 2. MRIで使われる造影剤

MRIで使われる造影剤はガドリニウムを含んだものと、鉄を含んだものの二種類があり、検査の目的によってどちらかを選択します。

## 3. 造影剤を使用するにあたり、特に注意が必要な方

以下の方は、造影剤を使用するにあたり注意が必要です。このような方は必ず担当医に申し出て下さい。

(ア) 造影検査で副作用が出たことのある方

(イ) 喘息やアレルギーのある方

(ウ) 腎臓病のある方

## 4. 造影剤の副作用について

造影剤使用に対する危険因子が無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおそ以下のとおりです。

## ① 軽い副作用：吐き気、嘔吐、じんましん、頭痛、咳、くしゃみ等

その頻度はおおそ1～2%とされています。

また、鉄を含む造影剤では、時に腰痛や背部痛、手足のしびれなどが起こることもあります。

## ② 重い副作用：まれにショックやアナフィラキシー様の反応（血圧低下や呼吸困難など）が生じる事があります。

その頻度は1万人に1人以下とされています。鉄を含んだ造影剤の頻度は、現在は分かっていません。

## 5. 副作用に対する対応について

検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。

## 6. 授乳中の方へ

造影剤が乳汁中に出てくる可能性があります。そのため、造影剤使用後は48時間授乳を中止する必要があります。

年 月 日 説明医師 \_\_\_\_\_

## 同 意 書

私は上記の日時に予定されている造影検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。（注：同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することはできます）

JA長野厚生連 佐久医療センター院長 殿 年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。)

家族または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(本人との関係： \_\_\_\_\_)



# 【問診票】造影CT・MRI検査

検査日： 年 月 日  
記入日： 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ ) 体重 \_\_\_\_\_ kg 身長 \_\_\_\_\_ cm

※造影剤の使用量を決めますので必ず記入してください

1. 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
 【あり】と答えた方にお聞きします。その時に何か変わったことはありましたか。 . . ( なし ・ あり )

・何の検査で起こりましたか。  
CT   血管造影   MRI   胆のう造影   排泄性尿路造影  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

・どのような症状でしたか。  
くしゃみ   せき   あくび   息苦しさ   じんましん  
発赤   吐き気   おう吐   血圧低下   意識消失  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 喘息、アレルギー性の病気、アレルギー体質はありますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
喘息   アレルギー性鼻炎   アトピー性皮膚炎   じんましん  
食べ物 ( \_\_\_\_\_ )   飲み物 ( \_\_\_\_\_ )   その他  
 ( \_\_\_\_\_ )

3. 糖尿病はありますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
 【あり】と答えた方にお聞きします。糖尿病の薬を飲んでいますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
 薬の名前を記入して下さい。(薬名： \_\_\_\_\_ )

4. 腎臓病はありますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
 5. 透析をしていますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
 6. 甲状腺の病気はありますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
 7. 心臓血管手術歴はありますか。 . . . . . ( なし ・ あり )  
冠動脈ステント術   冠動脈バイパス術   ペースメーカー   その他  
 ( \_\_\_\_\_ )

※女性のみお答えください。

8. 現在、妊娠またはその可能性がありますか . . . . . ( はい ・ いいえ ・ わからない )  
 9. 現在、授乳中ですか。 . . . . . ( はい ・ いいえ )

※内容について不明な点がありましたら、担当医もしくはスタッフにおたずねください。

佐久総合病院 CT・MRI 検査室

スタッフ記入欄 (検査値は3ヶ月以内 採血日： \_\_\_\_\_ )

問診票確認看護師	血圧： _____	心拍数： _____	Cr 値： _____	eGFR 値： _____	サイン _____
----------	-----------	------------	-------------	---------------	-----------

〈造影剤アレルギー・喘息のある方のみ記入〉

- 医師確認   ・ステロイド剤使用： あり・なし  
 使用ステロイド剤： プレドニン・デキササート   その他 \_\_\_\_\_  
 検査当日ステロイド使用確認者   サイン \_\_\_\_\_



# 【問診票】MRI検査

検査日： 年 月 日

記入日： 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ ) 体重 \_\_\_\_\_ kg

MRI 検査を安全に行うために、下記の質問に正確にお答えください。

## 1. MRI は非常に強い磁場を使った検査です。

体内に以下のような金属類や、器具類はありますか。

心臓ペースメーカー	なし	あり	
人工内耳	なし	あり	
神経刺激装置	なし	あり	
脳動脈クリップ	なし	あり	手術： 年頃
心臓や血管内の金属物（ステント、コイル、人工血管、フィルターなど）	なし	あり	手術： 年頃
人工心臓弁	なし	あり	
圧可変式バルブシャント（水頭症の手術）	なし	あり	
消化管出血の止血クリップ マーキングクリップ	なし	あり	
胆管、食道、気管などの金属ステント	なし	あり	部位：
整形外科的金属（人工関節、ピンなど）	なし	あり	部位：
入れ墨	なし	あり	部位：
歯科インプラント	なし	あり	
カラーコンタクトレンズ	なし	あり	※検査時は外していただきます
その他の体内金属異物	なし	あり	部位：

## 2. その他、次のうち当てはまるものがありますか。

閉所恐怖症	なし	あり	
妊娠中または妊娠の可能性（女性のみ）	なし	あり	

## 3. 腹部、骨盤部の検査を受けられる方にお聞きします。

腹部や骨盤部の検査では腸管の動きが画像に影響を与えるため、腸管の動きを抑制する薬を注射します。しかし、この薬は以下のような方には注意が必要です。次の疾患がありますか。

緑内障	なし	あり	
心臓の病気	なし	あり	病名：
前立腺肥大（男性のみ）	なし	あり	

※内容について不明な点がありましたら、担当医もしくはスタッフにおたずねください。



# 検査に伴うビグアイド系糖尿病薬の休薬

患者名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : (T・S・H・R) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査名 : \_\_\_\_\_

検査日 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(休薬薬剤名)

休薬期間 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

再開日 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当医師 : \_\_\_\_\_

## 休薬の説明

今回の検査ではヨード造影剤を使用いたします。造影剤とは病気をより分かりやすくするために用いられる薬で、正確な診断をするためには欠くことのできない重要なものです。通常、腕などの静脈から投与します。

あなたが糖尿病の治療のために服用されている上記の薬剤は、ビグアイド系糖尿病薬とよばれており、ヨード造影剤を使用することにより、まれに乳酸アシドーシスという副作用を生じる可能性があるため、検査の2日前からの休薬が必要です。

その一方、休薬により血糖値が上昇する可能性があります。通常3～5日間の短期間の休薬では急激な血糖値の上昇は起こりません。

該当薬について上記の期間の休薬をお願いいたします。

なお、休薬期間中に何らかの自覚症状が出現した場合には、早急に担当医にお問い合わせ、あるいは受診していただくようお願い致します。

また、内服再開日については、病状によって変更する場合がありますのでご了承下さい。

## 確認書

私は、上記に関して説明を読み、検査に伴う休薬の必要性・内容を理解し、納得しましたので、休薬することを了承いたします。なお、場合によっては医学上の必要から休薬期間の変更がありうることも承知しました。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人氏名 : \_\_\_\_\_

家族氏名 : \_\_\_\_\_

## 造影剤アレルギーのある方へ

喘息のお薬を飲んでいる方、5年以内に喘息発作を起こした方、あるいは造影剤での検査時に、くしゃみやかゆみ、咳などのアレルギー症状のあった方は、造影剤を使用するときにステロイド剤の事前内服が必要です。

安全に検査を進める上で大切な薬ですので忘れずに服用してください。

■検査日： 月 日 ( ) 時 分～

1回目：前日( / ) 寝る前に 6錠内服

2回目：当日( / ) 時 (検査2時間前) 6錠内服

※もし飲み忘れてしまった場合は必ずお申し出ください

～御指示頂く方へ～

(前投薬時間及び内服量)

造影剤注射 12～18時間前(前日眠前でも可)、および2時間前に、プレドニゾロン 30mgを内服する。

(気管支喘息患者に対する造影剤投与)

- ① 現在喘鳴がある、あるいは発作止めの頓用吸入薬を要する状態では、緊急時以外造影検査は行わない。
- ② 気管支喘息が薬物等により治療され発作症状を認めない場合、前項の前投薬施行の上、造影検査を行う。
- ③ 無治療で、無症状が5年以上継続している場合は、造影検査を行ってもよい。
- ④ 小児喘息の既往があっても、上記③に当てはまれば、造影検査を行ってもよい。

JA 長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター  
TEL 0267-62-8181(代表)

高機能診断センター  
TEL:0267-88-7956 FAX 0267-88-7219

# 検査申込書

## 【患者基礎情報】

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日 <sup>T・S</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
住所 □□□□ - □□□□  
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

## 【検査紹介】(CT・MRI・PET/CT・RI 検査については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください)

- 超音波検査(部位 \_\_\_\_\_)  ※心臓超音波(UCG)  
 ※トレッドミル  ※心肺運動負荷試験(心リハ CPX)  
 ABI  脳波(検査のみ、判読ありません)  
 心電図  ※ホルター心電図(検査翌日の再来院が必要です)  
 ※簡易睡眠ポリグラフィ(検査翌日の再来院が必要です)  
 簡易フローボリューム検査  ※胸部レントゲン  
 筋電図(以下もご指定ください)  
(正中神経 尺骨神経 脛骨神経 腓骨神経 腓腹神経 その他( \_\_\_\_\_ ))  
(MCV SCV F波)+(左右 左 右)  
 ※骨密度検査(以下もご指定ください)  
測定部位(腰椎 腰椎+右股関節 腰椎+左股関節)  
体内金属(なし 腰椎金属あり 左・右股関節金属あり)  
結果媒体( CD-R 紙レポート )

【傷病名】( \_\_\_\_\_ )  
【検査部位】( \_\_\_\_\_ ) \*左右どちらかも必ずご記入下さい。  
【希望日】  いつでも良い  
 希望日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )  
 不都合日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

検査データのお取り扱い  
 当日お渡し  後日郵送  
※印検査は持帰不可

傷病名 \_\_\_\_\_  
既往歴 \_\_\_\_\_  
身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg)  
診療情報(貴院の書式でもかまいません。その他ご要望あればお知らせください。)

# CT・MRI検査申込書

## 【患者基礎情報】

ふりがな.....  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日 <sup>T・S</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
<sub>H・R</sub>  
住所 □□□□ - □□□□  
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

## 【検査種別】 (冠動脈CT・PET/CT・RI 等他検査については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください)

- 単純撮影:  CT:(+3D +MPR)  MRI:(+A +MRCP)  
 造影撮影:  CT:(+3D +MPR)  MRI:(+A +MRCP)

【傷病名】( \_\_\_\_\_ )  
【検査部位】( \_\_\_\_\_ ) \*左右どちらかも必ずご記入下さい。

【希望日】  いつでも良い  
 希望日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )  
 不都合日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

### 検査データのお取り扱い

画像: 後日郵送  当日お渡し  
読影: 後日郵送  当日中 FAX

【診療情報提供書】(貴院の書式(別紙)でもかまいません)

## ◎造影撮影の方は以下の質問にお答えください

【重要】造影検査を希望された場合でも、当院で危険と判断した場合には、造影検査を行わない場合がありますのでご了承ください。

血液検査結果 ※検査希望日から3ヶ月以内のCrもしくはeGFRの値、および検査日をご記入ください。

Cr:クレアチニン値( \_\_\_\_\_ )【検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】  
 eGFR( \_\_\_\_\_ )【検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

過敏症等の確認 ※別紙問診票を添付いただければ省略可です。いずれか必ずご確認・ご記入ください。

喘息(あり・なし) ※喘息既往のみの場合は最終発作や最終投薬歴をお伝えください。  
 造影剤によるアレルギー(あり・なし)  
 閉所恐怖症(あり・なし) ※検査施行可能か御確認ください。

(以下、造影CT検査申込時のみ)

甲状腺機能亢進症などヨード摂取制限(あり・なし)  
 ビグアナイド系糖尿病薬の服用(あり・なし) 薬剤名: \_\_\_\_\_  
(「あり」の場合、こちらから休薬確認書をFAXいたします。ご説明、ご署名後にFAXにて返送をお願い致します)

佐久医療センター 高機能診断センター  
TEL 0267-88-7956 FAX 0267-88-7219

# 冠動脈CT検査申込書

## 【患者基礎情報】

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日  $\begin{matrix} T \cdot S \\ H \cdot R \end{matrix}$  \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
住所  -   
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

【傷病名】( \_\_\_\_\_ )

【希望日】 いつでも良い

希望日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

不都合日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

希望検査時間: 8:30 / 13:00

どちらでも可

【診療情報提供書】(貴院の書式(別紙)でもかまいません)

※いずれも 30 分前の御来院です(いずれかに○を)

## ◎以下の質問にご回答を御願いたします。

【重要】当院で危険と判断した場合には、検査を中止する場合がありますのであらかじめご了承ください。

**血液検査結果** ※検査希望日から 3 ヶ月以内の Cr もしくは eGFR の値、および検査日をご記入ください。

Cr: クレアチニン値( \_\_\_\_\_ )【検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

eGFR( \_\_\_\_\_ )【検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

**過敏症等の確認** ※別紙問診票を添付いただければ省略可です。いずれか必ずご確認・ご記入ください。

喘息(あり・なし)  造影剤によるアレルギー(あり・なし)

甲状腺機能亢進症などヨード摂取制限(あり・なし)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用(あり・なし) 薬剤名: \_\_\_\_\_

(「あり」の場合、こちらから休薬確認書を FAX いたします。ご説明、ご署名後に FAX にて返送をお願い致します)

【※枠内の項目すべてに該当しない場合、冠動脈 CT の適応となりません※】

呼吸止めを 10 秒以上できる  ヨード造影剤を使用できる

【以下も御確認ください。なお、該当する場合検査は可能ですが検査精度が低くなりますので予めご了承ください。】

両上肢が挙上できる  通常、安静時心拍数 80bpm 以下である  心房細動はない

ペースメーカー装着している  除細動器装着している

ニトロールスプレーの使用(可・不可)

【β遮断薬の禁忌】

なし → β ブロッカー服用(可・不可)

あり → 下記に該当する場合などチェックをお願いします)

徐脈性不整脈(ペースメーカーなし)  気管支喘息(既往を含む)

末梢循環不全(間欠性跛行、レイノー病など)  異型(冠れん縮性)狭心症

β 遮断薬を定期内服中 → 検査当日内服(可・不可)

【治療歴】(わかる範囲でご記入ください)

冠動脈バイパス術後  治療歴詳細不明(治療施設: \_\_\_\_\_ )

左内胸動脈(LITA)  右内胸動脈(RITA)  静脈グラフト(SVG)

橈骨動脈グラフト(RA)  胃大網動脈グラフト(GEA)  左回旋枝(LCX)

スtent留置術後(Stent詳細: \_\_\_\_\_ )

左前下行枝(LAD)  右冠動脈(RCA)  左回旋枝(LCX)  その他( \_\_\_\_\_ )

# 核医学検査申込書

## 【患者基礎情報】

ふりがな.....  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日 <sup>T・S</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
<sub>H・R</sub>  
住所 □□□□ - □□□□  
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

## 【検査種別】 (PET/CT 等他検査については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください)

- 【脳】  脳血流 SPECT (  99m-Tc ECD  I-123 )  
 脳ドパミントランスパータ ( DAT )  
【骨】  骨シンチグラフィ

## 【循環器】

- 心筋血流 SPECT (  99m-Tc テトロホスミン  201-Tl  99m-Tc MIBI )  
 負荷心筋血流 SPECT ↓以下も御確認ください  
(  運動負荷  薬剤負荷  運動併用薬剤負荷 )  
(  99m-Tc テトロホスミン  201-Tl  99m-Tc MIBI )  
 心筋交感神経 SPECT ( I-123 MIBG ) ※レレピ、三環系抗うつ剤服用禁止  
 心筋脂肪酸代謝 SPECT ( I-123 BMIPP )  
 心シンチグラム ( 99m-Tc ピロリン酸 )

- 【その他】  甲状腺シンチ摂取率 (  99m-Tc  I-123 加° ㊦ )  
 腫瘍・炎症シンチ ※3 日前注射、下剤処方要

◎負荷心筋 SPECT をご希望の際は以下の質問にお答えください

【重要】検査を希望された場合でも、当院で危険と判断した場合には、検査を行わない場合がありますのでご了承ください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー ( あり・なし ) | <input type="checkbox"/> 除細動器 ( あり・なし )     |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 ( あり・なし )   | <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 ( あり・なし ) |

【傷病名】( \_\_\_\_\_ )  
【検査部位】( \_\_\_\_\_ ) \*左右どちらかも必ずご記入下さい。  
【希望日】  いつでも良い  
 希望日 ( ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )  
 不都合日 ( ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ )

【診療情報提供書】(貴院の書式(別紙)でもかまいません)

# PET/CT 検査お申し込み手順書

## 保険適用要件

悪性腫瘍の病期・再発・転移診断（他の検査、画像診断により病期・転移・再発診断が確定できない者）

※良悪性鑑別は保険適用要件を満たしません。

## 保険適用症例の選択基準

●病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること

●病理診断により確定診断が得られない場合には臨床病歴、身体所見、PET あるいは PET/CT 以外の画像所見（※）、腫瘍マーカー（※）、臨床的経過観察などから臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること ※3ヶ月以内に施行されたものであること。

具体的には以下の検査目的の範囲内で実施することが推奨されますが、実際の保険適用は症例毎に判断されることにご留意ください。

(a) 治療前の病期診断

(b) 二段階治療を実施中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断、たとえば術前化学療法後または術前化学放射線治療後における術前の病期診断等

(c) 転移再発を疑う臨床徴候、検査所見などがある場合の診断

(d) 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため、他の方法では再発の有無が確認困難な場合

(e) 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず、他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・繊維などの非腫瘍組織による残存腫瘤なのかを鑑別する必要がある場合

（日本核医学会発行「FDGPET, PET/CT 診療ガイドライン 2012」より抜粋）

## 予約方法

『PET/CT 検査申込書(保険診療)』をご記入頂き、高機能診断センター(FAX:0267-88-7219)

へお送りください。

お申し込み時、PET/CT実施前に精査目的等で行われた検査の報告書・レポートの添付を御願いたします。

※保険適応がない場合、あるいは臨床情報より保険適応外と判断した場合、検査をお断りする場合がございます。

また、検査前6時間の絶食となりますので、DM薬等中止が必要なものについても確認を御願いたします。

## 検査当日にご持参頂く物

・保険証

・予約確認票および問診票(予約確定時に当方よりお送りいたします)

・紹介状および検査報告書等の原本

・画像検査等のデータ CD-R

## 検査データの通知について

検査結果について、以下の通り対応が可能です。申込書所定欄にてご指定ください。

・画像データ:CD-Rにてご用意いたします。後日当方より郵送、もしくは検査当日患者さんへお渡しが可能です。

・読影結果:紙媒体でのご提供です。後日当方より郵送、もしくは発行後FAXでお送りし原本郵送が可能です。

# PET/CT 検査申込書(保険診療)

## 【患者基礎情報】

フリガナ.....  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日 <sup>T・S</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
<sub>H・R</sub>  
住所 □□□□ - □□□□  
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

診断名		検査データのお取り扱い 画像: <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日お渡し 読影: <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 発行後 FAX
検査目的		
検査希望日		
実施した画像診断 (実施日を記入)	<input type="checkbox"/> CT( _____ ) <input type="checkbox"/> MRI( _____ ) <input type="checkbox"/> エコー( _____ ) <input type="checkbox"/> 内視鏡等( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ ) ※お申し込み時、各検査の画像、所見を添付してください。	
臨床経過に関する情報(貴院の書式(別紙)でもかまいません) 【注意】別紙『PET/CT 検査お申し込み手順書』を熟読いただいた上で御紹介頂きますようお願いいたします。		

## 患者さんに関する確認事項

- 身長 \_\_\_\_\_ cm      ■体重 \_\_\_\_\_ kg
- 1週間以内の、バリウムもしくはガストログラフィン造影検査(なし・あり)
- 糖尿病(なし・あり) → 「あり」の場合の治療の内容( \_\_\_\_\_ )
- 閉所恐怖症(なし・あり) ●感染症(なし・あり) → 「あり」の場合(病名: \_\_\_\_\_ )
- 認知症(なし・あり) ●車いす or ストレッチャー(不要・車いす・ストレッチャー)