

泌尿器疾患 画像検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院

地域医療連携室 行

FAX 055-948-2103(直通)

※ 10～20分以内で折り返しお返事致します。

ご紹介元	
医療機関名	
医師	印
FAX番号	

患者氏名 殿 (男・女)
 生年月日 年 月 日生 歳
 住所 電話番号

身長 cm 体重 kg

病名【 ※必ずご記入下さい。】

紹介目的等をご記入下さい。

検査項目	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	検査部位 腹部・脊椎・骨盤・前立腺・膀胱・腎臓・その他() 造影剤使用 有・無 CT造影有の場合 (動脈相・静脈相・排泄相) CT撮影条件 (5mmスライス・1cmスライス) 喘息 (有・無) 腎機能 (良・不良) Cre()※3ヶ月以内のデータを記入して下さい。 薬物アレルギー (有・無) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・MRI用体内金属ドクターチェックのご提示をお願いします。 ・造影剤の使用にあたっては、MRI検査又はCT検査に関する説明と同意書のご提示をお願いします。
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします。 ・同一月内のGaシンチとPET-CTは、保険対象外となります。 ・食事制限や前処置等の指示は、予約時に確認して下さい。
<input type="checkbox"/> PET-CT	検査目的 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断 腫瘍マーカー ()・()・不明 糖尿病 (有・無) ※施行済画像 CT・MRI・US・その他() 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします。 ・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません。 ・悪性腫瘍病名(確定) ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む ・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者 (※1)他の検査、画像診断とは、CT、MRI、超音波検査、消化管造影、マンモグラフィー等

当院受診の有無 有・無

当院に受診歴のない場合は、新規に患者様のIDを作成し予約させていただきます。

カルテ No
氏 名
生年月日
所 属

核医学検査同意書

初回検査時に同意書の記載があれば2回目以降は不要です。
ただし、該当検査に限ります。

検査説明担当医師 _____

この用紙は、あなたが受ける核医学検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け下記核医学検査の副作用と放射線被ばくに関する留意事項もご確認ください。

1. 検査概要

核医学検査は、からだの特定の部位に集まる放射性同位元素 (RI) (Radio Isotope : ラジオアイソトープの略) を静脈注射し、各臓器や組織に集まる状態を撮影し、機能や形態を調べる検査です。

2. 核医学検査の副作用と放射線被ばくについて

核医学検査の使用される薬剤による副作用はほとんどありません。

ただし、副腎の検査の時に使われる薬剤 (アドステロール) では注射した後にまれに動悸、顔面紅潮などの副作用が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ありません。

放射線被ばくも少なく、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。

3. 検査時の注意

検査項目によって検査前に注意する点や、検査の方法、検査にかかる時間が違います。核医学検査予約表をよくお読みください。

核医学検査施行同意書

＃ 私はこのたび予定された検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。

同意年月日 平成 年 月 日
患者本人または代理人 (続柄) 署名

〈外来カルテ添付〉

順天堂大学医学部附属静岡病院 (2012.6 改)