診療情報提供書（検査依頼書）

公立藤岡総合病院　　作成日　　年　　月　　日

＿＿＿科＿＿＿＿先生　　紹介元医療機関

検査希望

（CT･MRI･RI･放射線治療･骨密度･X-P）　　医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日　AM･PM　　時　　分

フリガナ		性 別	生　年　月　日	年 齢
患者氏名		男・女	明・大 昭・平　　年　　月　　日	才
住 所	市　　町　　番地		電話	
体 重	kg	※造影検査での造影剤使用量や､MRI での出力の目安として用います。		

検査部位

□脳　□頭頚部　□頚部　□胸部　□腹部　□骨盤部　□上肢　□下肢

□頚椎　□胸椎　□腰椎　【RI】□骨シンチ　□PET-CT　【放射線治療】□診察

造影剤使用の有無

□無　□有

感染症の有無

□無　□有　HBV、HCV、HIV、ワ氏、その他（　　）

検査の前処置

CT　：造影剤を使用する場合には、直前食を食べないで下さい。飲水（水かお茶）は推奨されます。

MRI：腹部・骨盤内臓器を撮影する時のみ、造影有無に関わらず直前食は控えて下さい。その他は、造影であっても食事制限はありません。飲水（水かお茶）は可能です。

RI　：骨シンチは午後検査前の排尿のみです。午前の注射前は特にありません。

【重要】造影 CT・MRI・PET-CT 検査においては、必ず当院指定の同意書を作成し、この診療情報提供書と一緒に FAX して下さい。

臨床診断・依頼目的・撮影指示（具体的に）

公立藤岡総合病院（代表）　TEL:0274-22-3311

患者支援センター（直通）　TEL:0274-22-6039 FAX:0274-24-7002

造影（ＣＴ・尿路・血管）検査問診票・同意書

1	造影剤検査での副作用歴はありますか？	□不明・□はい・□いいえ
	その時の症状と対応:【　　】	
2	気管支喘息はありますか？	□以前あった・ □はい・□いいえ
3	甲状腺機能亢進症はありますか？	□はい・□いいえ
4	心不全はありますか？	□はい・□いいえ
5	妊娠中またはその可能性はありますか？	□はい・□いいえ
※上記 2/3/4/5 項いずれかが「はい』の場合、当院放射線診断科医師との検討をお願いします。		

以下は医療機関が、お答えください。

6	e-GFR 値:【　　mL/min/1.73 ㎡】　　採血日 :【　　年　　月　　日】 ※出来るだけ検査日に近い日付（最低でも３ヶ月以内）の採血データでお願いします。 ※e-GFR 値が 45 未満の場合、前処置や代替検査など、当院放射練診断科医師と事前相談をお願いします。	
7	上記腎機能（e-GFR 値）が 30 以上 45 以下で、かつ、ビグアナイド系糖尿病薬を服用中ですか？	□はい・□いいえ
	前処置　□検査前後 48 時間の服用停止を指示しています。 □緊急検査のため、検査後のみ 48 時間の服用停止を指示しています。	
8	□未実施　　公立藤岡総合病院で腎機能検査を希望する。	

上記各項目に対するリスク及び別紙【CT 検査をお受けになる方へ】について説明を受け、検査を受けることに同意します。

年　　月　　日

患　者　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親族または代理人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続 柄（父・母・配偶者・子・その他　　）

担 当 看 護 師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療放射線技師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記各項目に対するリスクを検討した上で、今回のＣＴ 検査を行うと判断します。

担　当　医　師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 本用紙は、３ヶ月間の同一検査について有効とします。

※ 同意された場合でも撤回することができます。

公立藤岡総合病院　　TEL:0274-22-3311㈹
患者支援センター（直通）　　TEL:0274-22-6039 FAX:0274-24-7002