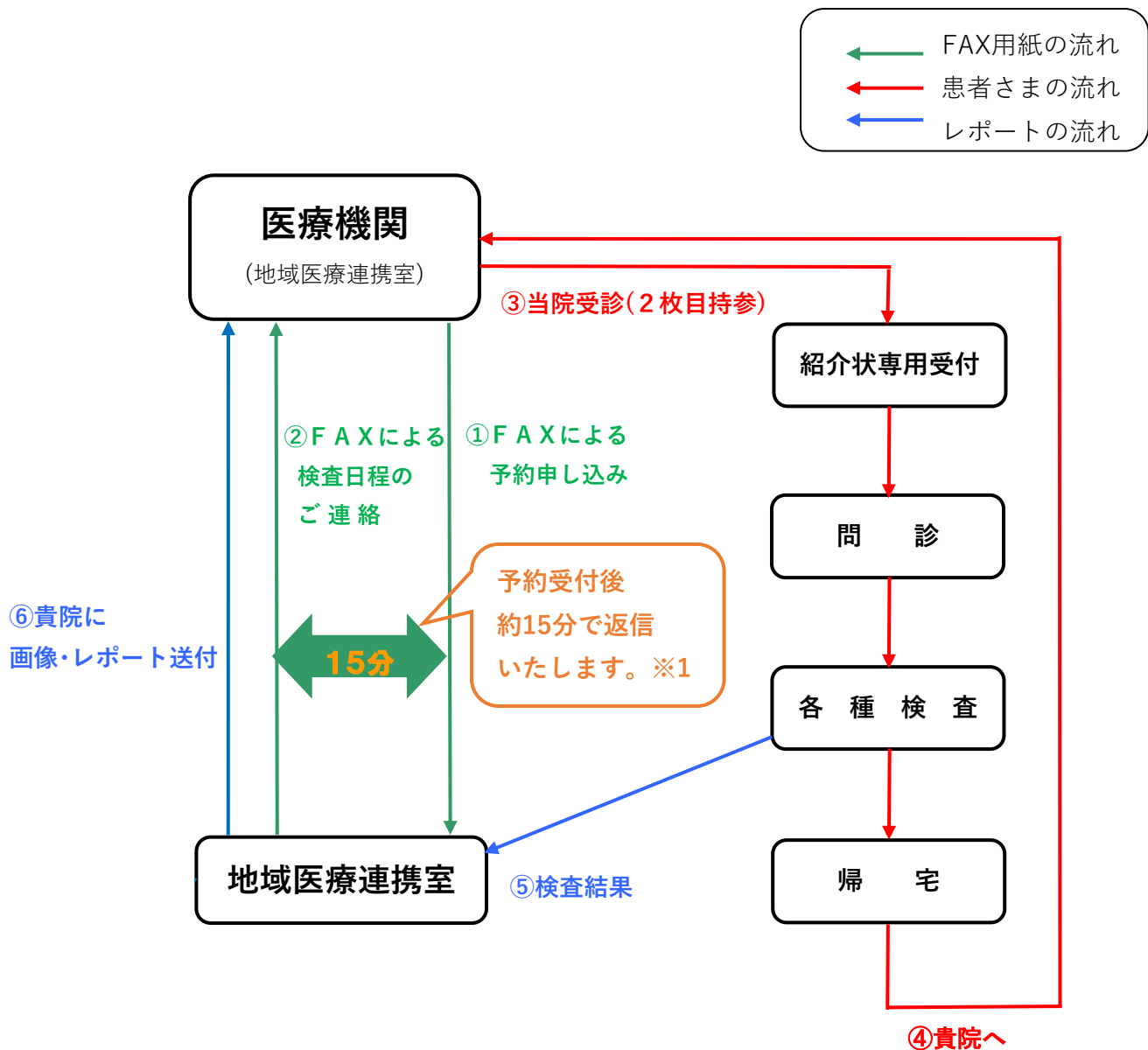




- ① 専用FAX用紙にて検査の事前申し込みをいただきます。
- ② 連携室より確定検査日時をFAXでお知らせいたします。
- ③ 患者さまは当日検査30分前に来院いただき、医師の問診後検査をいたします。
- ④ 患者さまは後日貴院を受診し、貴院より検査結果を患者さまへ伝えていただきます。
- ⑤ 検査結果を集約し依頼元の先生に対し送付等の準備をいたします。
- ⑥ 貴院に画像データとレポートを送付いたします。
到着までに2～3日かかりますこと、ご了承ください。

※1 受付時間内（8:30～16:30）における返信時間です。受付時間外に着信いたしましたFAXの返信につきましては翌日または休み明けの受付時間内の返信となります。

[2/3]

- 診療情報提供書作成後は**地域医療連携室にFAX**のうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

例		旭川赤十字病院 共同利用申込書 (FAX専用) CT・RI・超音波・生理機能検査	
〒070-8530 旭川市南2条1丁目1番1号 地域医療推進室 宛		申込年月日 2021 年 5 月 15 日	
FAX : 0166-22-8287 (直通) TEL : 0166-22-8133 (直通) (受付時間) 8:30~16:30 (休診日) 土日・祝日 12月29日~31日 5月1日 (開院記念日)		紹介元 姓 所 科 医師機関名 主治医 TEL : FAX : 担当医	
		紹介元情報を記入してください。 ※ご担当者様のお名前も 忘れずにご記入をお願いします。	
患者情報 ※患者番号がわかる場合は番号のみ記入いただき、患者情報の記入は不要です。			
旭川赤十字病院 受診課	患者番号	なし・不明	
フリガナ 患者氏名	様 (男) 日 大 55 年 5 月 1 日 (41 歳) 日赤 太郎		
住所	〒 070-8530 旭川市曙〇条〇丁目		
患者番号がわかる場合は番号と 患者氏名のみの記入で構いません。			
該当箇所にご記入をお願いします。			
傷病名	診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。		
依頼目的			
希望日時	第1希望 6 月 1 日 時間	第2希望 6 月 3 日 時間	希望なし
直近1か月の他院受診歴	外来受診: 無・有 (医師機関名)	〇〇クリニック 受診日: 5 月 1 日	
入院歴	入 院: 無・有	受診希望日、もしくは都合の悪いお日にちをご記入ください。希望日がない場合は、希望なしに〇をつけてください。	
該当箇所にご記入してください。			
造影	要・不要		
造影	造影の要・不要、造影の無・有については必ず該当箇所にて〇をつけてください。 ※造影の場合は「造影検査同意書(チェックリスト)」と「造影検査説明書」を併せてFAX及び、①~③のチェックをお願いします。		
希望の検査項目・部位に〇を			
検査項目			
CT	頭部 頸部 胸部 胸腹部(胸~骨盤) 腹部(肝~骨盤) その他 ()		
RI	骨シンチ(体重:) ガリウムシンチ(体重:) 脳血流SPECT DATスキャン 甲状腺Tcシンチ その他 ()		
超音波	頸部 腹部(部位:)		
生理機能検査	脳波 肺機能検査 生理機能検査は、検査結果のみとなります。		

《CT・RI・超音波・生理機能検査》

造影有の場合

[3/3]

- 1.共同利用申込書・造影検査説明書・造影検査同意書(チェックリスト)をご記入の上、FAX願います。
 - 2.共同利用申込書の造影欄にある①～③のチェック「腎機能障害の有無・MRI造影剤過敏症/CT造影剤ヨード過敏症の有無・喘息/重篤な甲状腺疾患の有無」の記入を必ずお願いいたします。
 - 3.検査日前までに診療情報提供書の作成をお願いいたします。
- 診療情報提供書作成後は地域医療連携室にFAXのうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

MRI 造影検査説明書

MRI 画像検査で正しい診断をするためには造影剤が必要なことがあります。 本院では、患者様に安心して造影検査を受けていただくために、紹介元医から十分な説明を行っていただき患者様の自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。

紹介元医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合はご署名のうえ紹介元医へお返し下さい。なお、同意を拒否されても、または実施直前に撤回されても診療上、不利益を受けることはありません。

1. 造影剤を使う意義

MRI 画像診断では造影剤を静脈内に注射することで鮮明な画像が得られ、炎症や腫瘍性病変、血管性病変の描出が向上し、精度の高い診断ができます。

また、一部の疾患では造影剤を使用しないと診断ができません。

2. 造影剤の副作用について

***MRI 造影剤 1 (ガドリニウム系造影剤)の副作用出現の頻度**

軽度の副作用 (頻度100万人から200万人に1人): 発疹、掻痒感、吐気、嘔吐、頭痛、熱感など。

重篤な副作用 (頻度10万人に1人): ショック、アナフィラキシー症状、痙攣、呼吸困難など。

死亡 (頻度100万人に1人): 極めてまれ。

***MRI 造影剤 2 (プリモビスト)の副作用出現の頻度**

副作用発現頻度は現在まで明確ではない、死亡はなし。

***MRI 造影剤 3 (リゾビスト)の副作用出現の頻度**

軽度の副作用 (頻度 約2-3%): 一過性の熱感、頭痛など。

重篤な副作用 (頻度 極めてまれ): アナフィラキシー症状など。死亡はなし。

3. アレルギー体質や薬剤を使用して過敏症を起こしたことがある患者様は副作用を生じる

4. 副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。安心して検査を受けて下さい。

以上の説明でご不明な点がございましたら、またそれ以外にもお聞きになりたいことがありましたら、いつでもお聞きください。

(ご説明いただいた医師の署名をお願いいたします)

説明者: 紹介元医療機関名 **①**

年 月 日 紹介元医師名

旭川赤十字病院 共同利用造影剤検査用

4-P2 高度医療機器の共同利用・MRI 造影検査説明書 (P 2)

「造影検査説明書」

- ①患者さまに説明いただいた先生の署名・説明日をご記入ください。
- ※MRI/CTそれぞれ用紙があります。

MRI 造影検査同意書(チェックリスト)

造影検査の必要性・造影剤による副作用が起こる可能性を理解した上で下記の事項を確認し、同意の上、署名を行ってください。

【実施予定の検査】

* **MRI 造影検査 1 (ガドリニウム系造影剤: マグネビスト、オムニスキャン、等)**

☐ 造影MRI 検査 検査実施予定日: 月 日

【以下の事項を確認下さい】

1.禁忌項目:ガドリニウム系造影剤に対し過敏症(アナフィラキシー、アレルギー(遅発性アレルギー含む))の既往がありますか?

☐ はい ☐ いいえ

2.原則禁忌項目:一般状態が極度に悪い気管支喘息、重篤な腎・肝障害はありますか?

☐ はい ☐ いいえ

注意:重篤な腎障害(eGFRが30ml/min未満)がある場合は腎性全身性線維症を起こすことがあります(頻度不明)。

* **MRI 造影検査 2 (プリモビスト)**

☐ 造影MRI 検査 検査実施予定日: 月 日

【以下の事項を確認下さい】

1.禁忌項目:ガドリニウム系造影剤に対し過敏症(アナフィラキシー、アレルギー(遅発性アレルギー含む))の既往がありますか?

☐ はい ☐ いいえ

2.原則禁忌項目:一般状態が極度に悪い気管支喘息はありますか?

☐ はい ☐ いいえ

* **MRI 造影検査 3 (リゾビスト)**

☐ 造影MRI 検査 検査実施予定日: 月 日

【以下の事項を確認下さい】

1.禁忌項目:鉄注射剤に対し過敏症(アナフィラキシー、アレルギー(遅発性アレルギー含む))の既往歴、一般状態が極度に悪いヘモクロマトーシスなどの鉄過剰症、出血がありますか?

☐ はい ☐ いいえ

1.の禁忌項目に「はい」と答えた人は造影剤が使用できません。

2・3に「はい」と答えた人は医師に安全性を確認の上、署名して下さい。

説明者: 紹介元医療機関名 **③**

年 月 日 紹介元医師名

私は上記の造影検査に関する説明を受け、検査に同意します。

年 月 日 氏 名: **④**

本人署名: **④**

代理人署名: (患者との続柄:)

※患者の署名がある場合には家族などの署名は不要です

4-P2 高度医療機器の共同利用・MRI 造影検査同意書・チェックリスト様式 (P 1)

「造影検査同意書(チェックリスト)」

- ②各項目をご記入ください。
- ③患者様に説明いただいた先生の署名・説明日をご記入ください。
- ④患者さまの署名・説明日をご記入ください。
- ※MRI/CTそれぞれ用紙があります。