

地域連携室：FAX 04-7137-6277

辻仲病院柏の葉 高度医療機器共同利用申込書

病院名			
医師名			
TEL	()	FAX	()

患者様氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	年	月	日	歳
	男・女	T・S・H				

患者様ご住所

患者様 電話番号・携帯番号

電話番号 () 携帯番号 ()

●該当する検査、紹介に○をつけてください。

放射線検査： CT ※被ばくに関する説明と同意 (有 ・ 無)

MR I MMG X-P

部位 ()

撮影方法 単純 ・ 造影 ※造影を行う場合下記の欄の記載も併せてお願いします。

●当院ルーチン以外で撮り方にご依頼がある場合、ご記載下さい。

※ ご依頼内容、コメント (症状などご記入ください。)

●読影 有 ・ 無

●MRI 検査のみお答え下さい。※体内金属有の場合は、MRI撮影可能かご確認の上ご依頼下さい。

1.閉所恐怖症 無・有 2.ペースメーカー 無・有 3.体内金属 無・有 4.タトゥー 無・有

※造影剤使用の場合にはご記載ください

●腎機能異常 有 ・ 無

●検査結果 添付有 / 添付無 (UN: CRE: 推算GFR:)

●アレルギー 有・無 アレルギー名 ()

●甲状腺疾患 有・無

●喘息(5年以内) 有・無

※腎機能異常・アレルギー・甲状腺疾患・喘息いずれかの項目に該当する場合は、貴院主治医にて検査の可否をご判断頂いた上でご依頼頂けますよう宜しくお願い申し上げます。

■造影剤使用 可 ・ 否

●糖尿病薬 有・無 薬剤名 ()

※造影剤を使用する場合には糖尿病薬のみ服用しないでください。

ビグアイド系糖尿病薬は検査前後48時間休薬してください。

●その他注意事項など何かあればご記載ください。

第1希望日
第2希望日
第3希望日

※ご予約の際にはお手数ではございますが地域連携室宛てにご連絡ください。

予約受付時間：8時45分～17時 検査予約枠：16時00分最終 月曜日～土曜日※祝日を除く

当院ルーチン以外の撮影に関してましては、患者さんのご希望日程に添えない場合がありますのでご了承ください。

※CD-ROMは患者さんにお渡し致します。

辻仲病院柏の葉 記入欄	辻仲病院 柏の葉 地域連携室電話：04-7137-3003 (直通)
検査日 (月 日 時 分)	

放射線検査（CT検査）予約に関する一部変更について

医療法施行規則の一部改正により令和2年4月より診療用放射線に係る安全管理体制に関する規定が施行され、放射線検査については医療放射線被ばくの説明と同意が義務づけられました。

つきましては、下記の内容についてご確認頂きご予約頂きますよう、お願い申し上げます。

1 紹介患者様への放射線検査の実施前説明

患者様に対し、放射線検査の必要性・正当化等の説明を紹介元医療機関の先生方にて行って頂き患者様の同意を得て検査申し込みをお願いします。

当院では別紙添付しました『CT検査を受けられる方へ』をお渡ししています。

必要に応じてご活用頂ければ幸いです。

2 診療録に説明と同意に関する事項の記載

1 について、説明を行い同意が得られた旨を診療録に記載して頂くよう、お願いします。

3 診療情報提供書に説明と同意に関する事項の記入

高度医療機器共同利用申込書に、医療被ばくに関する説明と同意の有無欄を新たに設けました。

記入漏れの無いよう、ご確認下さい。

なお、この件についてご不明な点など有りましたら、下記までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先：辻仲病院 柏の葉 放射線科 04-7137-3737（内線 3156）