|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **三沢市立三沢病院 CT・MRI・RI予約申込書（診療情報提供書）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予約日時が決定後、速やかにFAX(検査依頼書、造影剤の説明書・同意書、MRI検査チェックリスト等含む)をお願いいたします | | | | | | | | | | | | | | | |
| **三沢市立三沢病院　新患受付行** FAX　0176－53－2173 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込みの流れ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. お電話でお申込みください。 0176－53－2161　電話交換に依頼部署（CT室・MRI室・RI室）をお伝えください。 2. 検査担当者が検査日をお知らせします。 3. **本状**、**該当する検査依頼書（CT・MRI・RI）**、**造影剤の説明書・同意書（造影検査の場合）**、**MRI検査チェックリスト（MRIの場合）**に必要事項を記載し、**ＦＡＸ**をお願いいたします。 「造影剤の説明書・同意書」は、患者さんのご署名、説明医師のご記名を忘れずにお願いいたします。また、コピーを患者さんへお渡しください。「検査での放射線について」（CT・RIの場合）、「MRI検査時の注意事項」（MRIの場合）もお渡しください。 4. **検査当日は、本状、検査依頼書、造影剤の説明書・同意書の原本（造影検査の場合）、MRI検査チェックリスト（MRIの場合）を必ず持参**してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査予定日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　　)　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査種別 | □ 単純ＣＴ（　　　　　　　） | | | | | □ 造影ＣＴ（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| □ 単純ＭＲＩ（　　　　　　　） | | | | | □ 造影ＭＲＩ（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| □ ＲＩ（　　　　　　　） | | | | | □その他 | | | | | | | | | |
| 患者情報 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | □ 男 | | □令和　□平成　□昭和　□大正 | | | | | | |
| □ 女 | | 年 | 月 | | 日 | | | 歳 |
| 住所　〒　　　- | | |  | | | | | | 自宅TEL |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | 携帯TEL |  | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | | |  | | | | 区分 　□ 本人 □ 家族 | | | | | 負担 | 割 | |
| 保険証コピー可 | 記号・番号 | | |  | | | | 公費負担者番号/受給者番号 | | |  | | | | |
| ご依頼医療機関 | | | | | ＊保険情報提供について患者さんの同意をお願いします | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| TEL / FAX | | TEL　　　　　-　　　　-　　　　　/ FAX　　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| 送信者(問合せ担当者) | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ＊誤送信の際は廃棄処分をお願いします | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三沢市立三沢病院病院新患受付作業 | | | | | | | | | | | | | | | |
| このファックスが届いたら、放射線科登録・患者登録（コメントに他院依頼ＣＴ○○／○○）を行う | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録後は、放射線受付事務に渡してください | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **【薬剤投与日時】**  RI検査依頼書（診療情報提供書）  年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分  **【検査日時】**  年　　　月　　　日　　午前・午後 　 　時　　　分 | | | | |
| ふりがな  **【氏名】** | **【確認事項】**  1. 感染症（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）  2. 妊娠（ 有 ・ 無 ）  3. 移動（ 徒歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ）  4. 安静（ 可 ・ 不可 ）  5. 体重 [　　　　kg ] | | | |
| **【性別】** （　男　・　女　） |
| **【生年月日】**  　　 　年　 　月　 　日 （　　　　歳） | “有”の場合の詳細、連絡事項等 | | | |
| **【 検 査 項 目 】**   |  | | --- | | □ 骨シンチ | | □〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | **【前処置】**   |  | | --- | | □ なし  □ 朝絶食 | | □〔　　　　　　　　　〕 | | |
| **【その他の指示及び希望事項】** | | | | **【読影】**  要 ・ 不要 |
| **【臨床診断】** | | **【検査目的】** | | |
| **【臨床経過】**  **主治医** | | | | |

**RI検査を受けられる方へ**

**≪RI検査について≫**

・RI検査は、放射性医薬品を投与（注射や内服）して、その薬から出てくる微量の放射線

を専用の装置で検出し、臓器の機能や代謝を調べる検査です。

・検査時間は、検査内容によって異なりますが、検査台の上に横になり15分～1時間程度

です。薬剤を投与してから数時間後や数日後に検査を行う場合もあります。

・妊娠中または妊娠の可能性がある方、授乳中の方はお申し出ください。

**≪検査日の飲食・服薬について≫**

・検査内容によっては、食事制限や内服薬の中止などが必要な場合もあります。主治医に

ご確認ください。

　（骨シンチの場合、特に制限はありません。）

**≪検査当日について≫**

・**診察券と本用紙、予約申込書、検査依頼書を必ずお持ちください**。

・新患受付（15番）または保険証確認・予約窓口（19番）で受付をお済ませのうえ、予約

時間までに放射線受付（6番）へお越しください。

・薬剤の投与から検査終了までの流れ、時間は検査によって異なります。

　　　骨シンチの場合

　　　 ・薬剤の注射から約2～3時間後に検査を開始し、検査時間は約30分です。

　　　 ・検査直前に排尿をお済ませください。正確な検査を行うために必要となります。

**≪検査の日時変更やキャンセルについて≫**

・**検査前日（土日祝日を除く）の17時まで**に三沢市立三沢病院RI室へご連絡ください。

・当日の変更やキャンセルについては、放射性医薬品の代金をご負担いただく場合もありますので、予めご了承ください。代金は、検査の内容によって異なります。

（骨シンチの場合、30000円前後になります。）

**ご不明な点等ございましたら遠慮なくお尋ねください。**

**検査時間に遅れる場合や来院できない場合はRI室までお知らせください。**

**三沢市立三沢病院　0176-53-2161 (代表)**

三沢市立三沢病院

**RI（放射性医薬品）を用いる検査での放射線について**

**【検査の必要性】**

RI検査の結果、異常が認められなかったときは安心した日常生活を送ることができます。病気が発見され、病気の状態が把握できたときは、適切な治療への第一歩になります。一方で、RI検査を受けなかった場合、必要な情報が得られず適切な治療が受けられなかったり、治療の遅れが生じたりするおそれがあります。適切な治療を受けるために、感じている不安を取り除くために、本検査と本検査で使用する放射線の必要性についてご理解ください。

**【放射線の体への影響】**

放射線の人体への影響は２つに分けて考えることができます。確定的影響（組織反応）と確率的影響です。

確定的影響は、ある一定の線量を超える放射線を受けた部位にのみ現れます。通常のRI検査での放射線の

量でこの影響が起こることはありません。

確率的影響は、放射線の量が増えれば起こる確率が増加します。代表的な例としては、遺伝的影響や発がんが挙げられます。遺伝的影響は、通常のRI検査での放射線の量では問題になりません。発がんの確率がどのくらい増えるのかは明らかとなっていませんが、がんになる他のさまざまな原因（タバコや高カロリー食など）と比べても低いと推察されます。

**【線量の最適化と管理】**

当院では、できるだけ少ない放射線の量で適切な診断を可能とするために、次のような線量の最適化と管理

を行っています。

➢ 診断参考レベル※1、小児核医学検査適正施行のコンセンサスガイドライン※2に基づき、放射性医薬品の

最適な投与量を決めています。

※1 診断参考レベル

適正な線量で検査するための指標です。医療被ばくを最適化する目的で利用することが推奨されています。日

本では医療被ばく研究情報ネットワーク（J－RIME）が、関連する学会・団体の協力のもとに作成していま

す。

※2 小児核医学検査適正施行のコンセンサスガイドライン

小児の検査に対する放射性医薬品の適切な投与量の指標です。日本核医学会の小児核医学検査適正施行検討委

員会が作成しています。

ご不明な点がございましたら、担当するスタッフまでお気軽にご質問ください。