

医療機器 共同利用について

聖隷佐倉市民病院
地域医療連携室





医療機器 共同利用とは

2

診療科（内科・整形外科 など）への紹介をせずとも、

開業医の先生方の指示オーダーで、当院の医療機器（CT・MRI等）

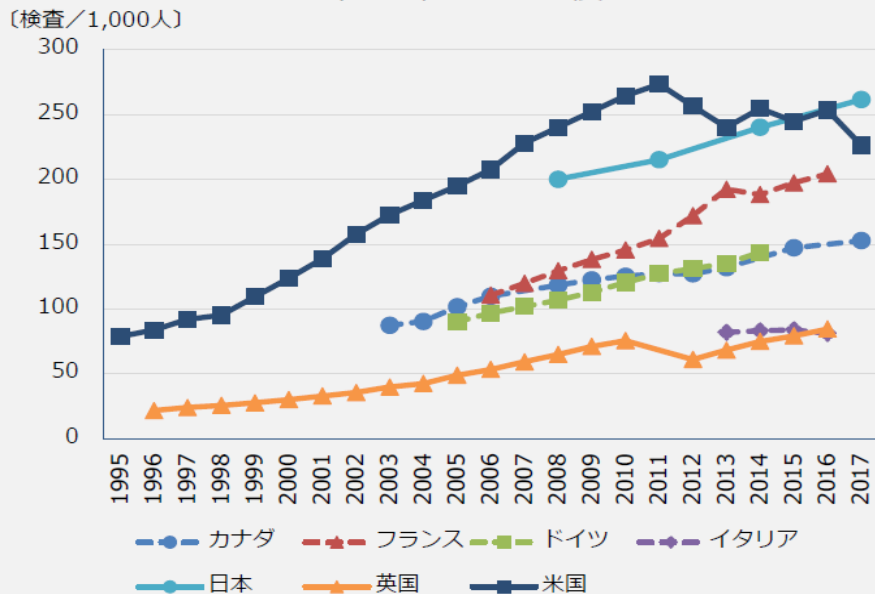
をご利用いただける制度

日本のCT・MRIの使用状況

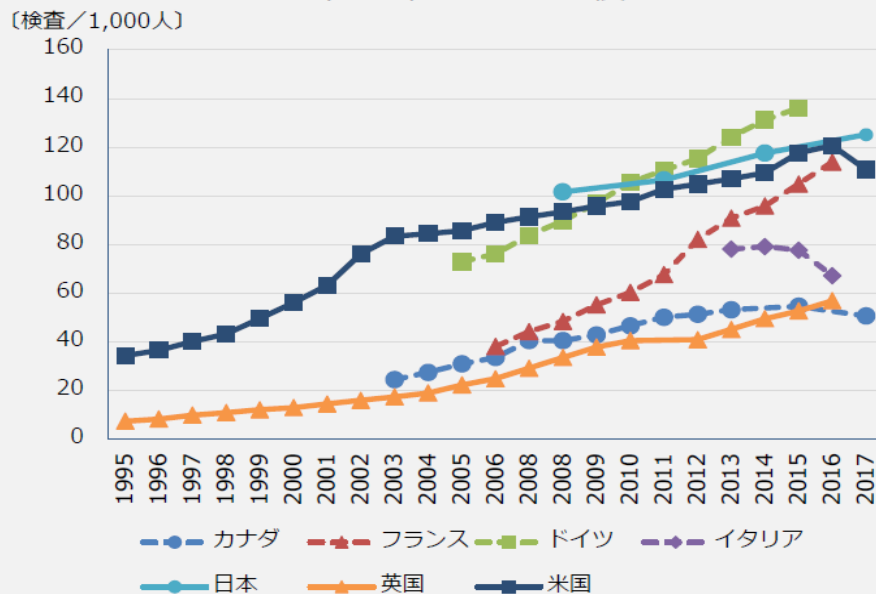
国別CT, MRI検査数

○ CT及びMRIの人口当たり検査数は、CTについては最多、MRIについてはドイツに次ぐ2位となっている。

人口千人あたりCT検査数



人口千人あたりMRI検査数

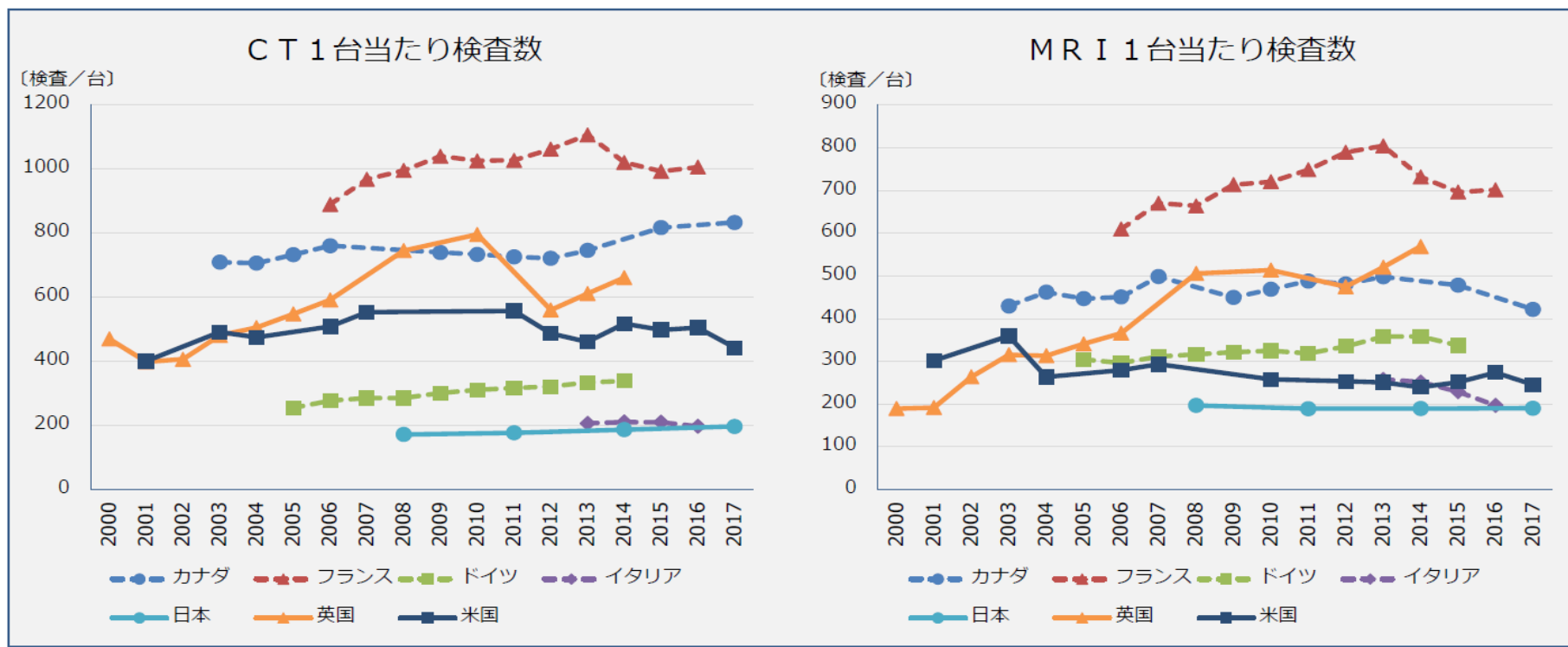


出典：OECD Statistics 2018 (On Line)、医療施設調査（平成20～29年）

日本のCT・MRIの使用状況

国別CT, MRI使用状況

○ CT, MRIの1台あたり検査数は先進国で最少となっている。



出典：OECD Statistics 2018 (On Line)、医療施設調査（平成20～29年）



日本のCT・MRIの使用状況

- ✓ 日本の検査数は先進国の中でトップクラス
- ✓ 日本の1台あたりの検査数は先進国で最少



日本には必要以上にCT・MRIが導入されている

※ 月あたり検査数が0件の医療機関も存在

日本のCT・MRIの使用状況


(厚労省)

- ✓ 医療機器の適性かつ効率的な利用を促進する観点から、高機能の診断装置について施設共同利用での撮影を評価すること等の対応を行う
- ✓ 今後、より効率的な医療提供体制の構築に向け、医療機器の効率的な利用をさらに推進していく。



“共同利用” は国が推進している事

 CT・MRI などの高額医療機器の適正配置

 医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等



共同利用のメリット

1. 高度医療機器設置の負担軽減

当院の医療機器を共同利用していただく事で、ご紹介医療機関さまの設備投資の負担が軽減されます。

2. 専門医による読影報告

共同利用の全ての撮影に対して、読影を実施いたします。

放射線診断専門医の的確な情報提供（読影）により、

貴院の『良質な医療の提供』をサポートします。

3. スムーズな検査

予約制なので、ご来院後待ち時間がほぼ無く検査を受けることができます。





共同利用の流れについて

いままでの違い

① 共同利用可能な医療機器

- I. CT (単純)
- II. MRI (単純)
- III. DEXA



- I. CT (単純)
- II. MRI (単純)
- III. RI (骨シンチ/脳シンチ/心筋MIBG/脳血流)
- VI. DEXA

② 一日の予約可能件数

- I. CT 2件
- II. MRI 2件
- III. DEXA 制限無し



- I. CT 予約相談可能
- II. MRI 予約相談可能
- III. RI 予約相談可能
- IV. DEXA 予約相談可能

いままでの違い

③ 予約可能な時間帯

I. CT 平日13:30 - 14:45 (水曜× 土曜×)

II. MRI 平日13:45 - 16:15 (同上)



I. CT 平日9:00 - 16:00 (土曜9:00 - 10:45)

※頭部CT 平日8:50-10:00(

II. MRI 平日9:00 - 16:00 (土曜9:00 - 10:45)

※頭部MRI 平日8:45-10:00(

体制を整えることで、幅広く柔軟に当院の医療機器をご活用いただき、地域の『良質な医療の提供』をサポートさせていただきたい。
また、地域のニーズ（希望日/時間）に応える体制を取ることで、皆様の満足度の向上を目指したい。

予約取得～検査終了までの流れ

1 1

① 医療機関さま から 聖隷佐倉 地域医療連携室へ 連絡

下記書類 を F A X 送信していただきます。

- 各希望検査 (C T ・ M R I ・ R I) → 検査依頼書 (兼 診療情報提供書)
- 各希望検査 (C T ・ M R I ・ R I) → 検査説明同意書 (サイン済)
- R I 検査 (脳 D A T、M I B G の場合) → 併用注意薬について

F A X にて送信後、お電話ください。撮影方法および撮影手技についてのご予約をいたします。

※ 当日撮影希望がある際もご連絡ください。

〔 **F A X : 0 4 3 - 4 8 6 - 1 8 0 7**

／ T E L : 0 4 3 - 4 8 6 - 5 5 1 1 〕



予約取得～検査終了までの流れ

② 予約票送付（当院より）

予約処理完了後、速やかに **予約票** をご依頼医療機関さまへ F A X 送付します

③ 当日必要書類を患者さまへお渡しする

検査	単純 C T	単純 M R I	R I
検査依頼書（診療情報提供書）	●	●	●
C T 検査説明同意書	●	×	×
核医学検査説明同意書	×	×	●
併用注意薬について	×	×	● ※ DAT・MIBGに 限る
予約票（当院からFAX送付したもの）	●	●	●



予約取得～検査終了までの流れ

13

④ 患者さま来院及び検査

ご予約いただいた患者さまは、検査開始20分前に101受付までお越しいただき、各必要書類・保険証をお渡しいただきます。 ※ 予約票にその旨記載してあります。

⑤ お会計

当院にて保険算定し、患者さまへご請求させていただきます。
会計後、患者さまにはお帰りいただきます。

⑥ 結果報告（画像・読影レポート）の郵送

当院放射線診断専門医が読影し、その結果をご紹介医療機関さまへご郵送いたします。
(一週間以内)





偶発所見が見つかったら

① ご依頼元の医療機関さまへ報告

第一報として読影レポート内容と、現在の病状、A D L、バイタル等をお電話にてお伝えし、早急に読影レポートをF A X送付します。

また、その際主治医である先生のご指示をいただきたいと存じます（C Lへお戻しか、聖隷で治療か）

※ C L へのお戻し指示であれば、会計したのちに速やかに貴院へ受診するよう患者さまへお伝えします。

② 院内D r 調整

（聖隷での治療とご指示があった場合）

疾患、症状に応じた適切な診療科にコンサルトさせていただきます

③ 診察後

お帰りいただける状況でも、入院加療となっても、地域医療連携室より結果をご連絡いたします。

ご不明点ございましたら、
いつでもお問い合わせください。

聖隷佐倉市民病院

地域医療連携室

TEL : 043 - 486 - 5511



共同利用に関する必要書類について

聖隷佐倉市民病院
放射線科 高石 真人



①検査依頼書／診療情報提供書

→ CT・MRI・核医学

②検査説明同意書

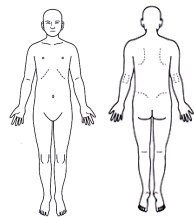
→ CT・MRI・核医学

③併用注意薬について

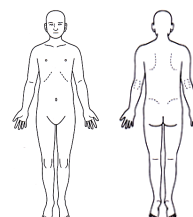
→ 核医学（脳シンチDAT・MIBG）

① 検査依頼書 / 診療情報提供書

CT/MRI検査共通

【CT/MRI検査】 検査依頼書/診療情報提供書									
検査申込日 年 月 日									
医療機関名 _____									
検査希望日					所在地 _____				
第一希望 月 日 () 時 台		TEL/FAX _____ / _____		医師名 _____					
第二希望 月 日 () 時 台									
患者基本情報									
フリガナ _____		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		生年月日 _____		○大正 ○昭和 ○平成 ○令和			
患者氏名 _____				年 月 日		才			
住所 〒 _____					TEL _____				
身長 _____ cm		体重 _____ kg							
検査依頼/診療情報									
頭部CT撮影時 → 8:50am~10:00am (月~金) 頭部MRI撮影時 → 8:45am~10:00am (月~金) ※貴院の休診日はなるべく避けてください。上記以外希望の場合はご相談ください。									
画像郵送方法 <input type="radio"/> 後日郵送 (1週間以内)					<input type="radio"/> 当日患者渡し *読影レポートは後日郵送				
検査項目									
【CT】 検査項目	頭部 <input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 眼高 <input type="radio"/> 頸椎 <input type="radio"/> 副鼻腔 <input type="radio"/> 頸部		<input type="radio"/> 頸椎 <input type="radio"/> 胸椎 <input type="radio"/> 腰椎						
	胸/骨盤/腹部 <input type="radio"/> 胸部(肺野・縦隔) <input type="radio"/> 腹部(肝臓上縁から腎下極まで) <input type="radio"/> 骨盤腔 <input type="radio"/> 腹部から骨盤腔 <input type="radio"/> 胸部から骨盤腔		<input type="radio"/> 股関節 <input type="radio"/> 上肢(部位: _____) (撮影範囲: _____) <input type="radio"/> 下肢(部位: _____) (撮影範囲: _____)						
【MRI】 検査項目	頭部 <input type="radio"/> 頭部MRA・頸部MRA <input type="radio"/> 下垂体 <input type="radio"/> 頭部・内耳道MRI <input type="radio"/> 物忘れ(VSRAD) <input type="radio"/> 眼高 <input type="radio"/> 副鼻腔 <input type="radio"/> 頸部		骨盤腔/頸椎 <input type="radio"/> 肝臓 <input type="radio"/> 胆・膵(MRCP) <input type="radio"/> 腎臓 <input type="radio"/> 膀胱 <input type="radio"/> 前立腺 <input type="radio"/> 婦人科(子宮・卵巣)						
	関節/他 肩関節(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) 肘関節(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) 手関節(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) 手(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) ○ 上肢その他(_____)		股関節(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) 膝関節(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) 足関節(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) 足(<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) ○ 下肢その他(_____)						
【検査目的】 _____									
【臨床診断】 _____									
【撮影指示等】 _____									
									
地域医療連携室 連絡先 《 FAX 043-486-1807 》 《 TEL 043-486-5511 》 お問い合わせ 月-金 8:30-17:00 / 土 8:30-12:00 (年末年始・祝日除く)									

核医学検査用

【核医学検査】 検査依頼書/診療情報提供書									
検査申込日 年 月 日									
医療機関名 _____									
検査希望日					所在地 _____				
第一希望 月 日 () 時 台		TEL/FAX _____ / _____		医師名 _____					
第二希望 月 日 () 時 台									
患者基本情報									
フリガナ _____		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		生年月日 _____		○大正 ○昭和 ○平成 ○令和			
患者氏名 _____				年 月 日		才			
住所 _____					TEL _____				
身長 _____ cm		体重 _____ kg							
検査依頼/診療情報									
画像郵送方法 <input type="radio"/> 後日郵送 (1週間以内)					<input type="radio"/> 当日患者渡し *読影レポートは後日郵送				
検査項目									
<input type="radio"/> 骨シンチ <input type="radio"/> 脳シンチ DAT <input type="radio"/> MIBGシンチ 併用注意薬 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 薬剤名 (_____) 30分仰臥位 (<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可) 15分仰臥位 (<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可) <input type="radio"/> 脳血流シンチ IMP 30分仰臥位 (<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可)									
※ 併用注意薬は、別紙『併用注意薬について』をご確認ください ※ 全て指定の仰臥位時間が保てなければ検査実施できません									
【検査目的】 _____									
【臨床診断】 _____									
【撮影指示等】 _____									
									
地域医療連携室 連絡先 《 FAX 043-486-1807 》 《 TEL 043-486-5511 》 お問い合わせ 月-金 8:30-17:00 / 土 8:30-12:00 (年末年始・祝日除く)									

① 検査依頼書 / 診療情報提供書

CT/MRI検査共通

核医学検査用

【CT/MRI検査】 検査依頼書/診療情報提供書

検査申込日 年 月 日

医療機関名 _____

検査希望日 所在地 _____

第一希望 月 日 () 時 台

第二希望 月 日 () 時 台

TEL/FAX _____ / _____

医師名 _____

患者基本情報

フリガナ _____ 性別 男 女 生年月日 _____

患者氏名 _____ 〇 大正 〇 昭和 〇 平成 〇 令和

住所 〒 _____ TEL _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

検査依頼/診療情報

頭部CT撮影枠 → 8:50am~10:00am (月~金)

頭部MRI撮影枠 → 8:45am~10:00am (月~金)

※ 貴院の休診日はなるべく避けてください。上記以外希望の場合はご相談ください。

検査項目	CT	頭部	<input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 副鼻腔	<input type="radio"/> 眼高 <input type="radio"/> 頸部	<input type="radio"/> 頸椎 <input type="radio"/> 胸椎 <input type="radio"/> 腰椎
		胸/骨盤/腹部	<input type="radio"/> 胸部 (肺野・縦隔) <input type="radio"/> 腹部 (肝臓上縁から腎下極まで) <input type="radio"/> 骨盤腔 <input type="radio"/> 腹部から骨盤腔 <input type="radio"/> 胸部から骨盤腔	<input type="radio"/> 股関節 <input type="radio"/> 上肢 (部位: _____) (撮影範囲: _____) <input type="radio"/> 下肢 (部位: _____) (撮影範囲: _____)	
検査項目	MRI	頭部	<input type="radio"/> 頭部MRA・頸部MRA <input type="radio"/> 頭部・内耳道MRI <input type="radio"/> 物忘れ (VSRAD) <input type="radio"/> 副鼻腔	<input type="radio"/> 下垂体 <input type="radio"/> 眼高 <input type="radio"/> 頸部	<input type="radio"/> 肝臓 <input type="radio"/> 胆・膵 (MRCP) <input type="radio"/> 腎臓 <input type="radio"/> 膀胱 <input type="radio"/> 前立腺 <input type="radio"/> 婦人科 (子宮・卵巣)
		関節/他	<input type="radio"/> 肩関節 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 肘関節 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 手関節 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 手 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 上肢その他 (_____)	<input type="radio"/> 頸椎 <input type="radio"/> 胸椎 <input type="radio"/> 腰椎 <input type="radio"/> 胸腰椎移行部 (第8胸椎~第5腰椎まで) <input type="radio"/> 股関節 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 膝関節 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 足関節 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 足 (<input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり) <input type="radio"/> 下肢その他 (_____)	

放射線被ばくの管理に必要です

【核医学検査】 検査依頼書/診療情報提供書

検査申込日 年 月 日

医療機関名 _____

検査希望日 所在地 _____

第一希望 月 日 () 時 台

第二希望 月 日 () 時 台

TEL/FAX _____ / _____

医師名 _____

患者基本情報

フリガナ _____ 性別 男 女 生年月日 _____

患者氏名 _____ 〇 大正 〇 昭和 〇 平成 〇 令和

住所 〒 _____ TEL _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

検査依頼/診療情報

画像郵送方法

後日郵送 (1週間以内)

当日患者渡し * 読影レポートは後日郵送

検査項目	骨シンチ	<input type="radio"/> 骨シンチ 併用注意薬 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 薬剤名 (_____) 30分仰臥位 (<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可)	<input type="radio"/> MIBGシンチ 併用注意薬 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 薬剤名 (_____) 15分仰臥位 (<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可)
	脳血流シンチ IMP	<input type="radio"/> 脳血流シンチ IMP 30分仰臥位 (<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可)	※ 併用注意薬は、別紙『併用注意薬について』をご確認ください ※ 全て指定の仰臥位時間が保てなければ検査実施できません



②検査説明同意書

CT検査用

MRI検査用

核医学検査用

【CT検査】説明同意書

【CT検査の有用性】
 CT検査は身体の周りからエックス線を当て、体内の情報を収集し、それをコンピュータ処理して身体の断面画像を得る検査です。

【CT検査の被ばくについて】
 CT検査の放射線被ばく線量は他の検査より高いと言われています。そのため当院では適正な放射線量の管理のため日本の標準診断参考レベル（DRLs2020）に準じて検査を行っています。

DLP (mGy・cm)	頭部	胸部	胸部から骨盤	上腹部から骨盤
診断参考レベル (DRLs2020)	1,350	510	1,200	880
当院データ (標準体型)	1,068	423	1,069	794

【妊娠について（女性のみお答えください）】
 妊娠している可能性がある、または現在妊娠している はい いいえ わからない

医療機関 _____ 説明医師（署名） _____

同意書

私は、現在の病状及びCT検査の必要性とその内容、これに伴う危険性等について説明を受け、理解しましたのでその実施を同意します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には適宜処置される事についても同意します。

同意する 同意しない 西暦 _____ 年 月 日

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 患者氏名 _____
 聖隷佐倉市民病院 病院長 殿
 代理人（署名） _____（続柄） _____

※ 同意を拒否されても、また撤回されても診療上の不利益を受けることはありません。

【MRI検査】説明同意書

【MRI検査について】
 MRI検査を受けた事があるか 有り 無し

【体内金属の有無】（禁忌事項：一つでも該当する方は検査できません。）
 心臓ペースメーカー 人工内耳 人工心臓弁（機械式） シヤントバルブ

【その他の体内金属】（有の場合は依頼医師による安全性の確認をお願いします。確認が取れない場合、検査が行えないことがあります。）
 《整形外科的金属/駆動線クラブ/ステント/金属コイル/クラブ/フィルター/金属片などの体内異物/磁石を使用した歯牙インプラント等》
 有り（部位： _____ 種類： _____ いつ頃： _____ 年 _____ 月 頃）
 ⇒ 金属有りの場合、安全性の確認状況 確認出来た 無し

【刺青、アートメイクの有無】
 有り（部位 _____）※火傷・変色する可能性があります。違和感がありましたら検査を中止します。
 無し

【結り薬、置き針の有無】
 有り ※検査時に取り出すことができないものがあれば検査を行うことができません。 無し

【閉所恐怖症について】
 有り 無し

【妊娠について（女性のみお答えください）】
 妊娠している可能性がある、または現在妊娠している はい いいえ わからない

医療機関 _____ 説明医師（署名） _____

同意書

私は、現在の病状及びMRI検査の必要性とその内容、これに伴う危険性等について説明を受け、理解しましたのでその実施を同意します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には適宜処置される事についても同意します。

同意する 同意しない 西暦 _____ 年 月 日

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 患者氏名 _____
 聖隷佐倉市民病院 病院長 殿
 代理人（署名） _____（続柄） _____

※ 同意を拒否されても、また撤回されても診療上の不利益を受けることはありません。

【核医学検査】説明同意書

【核医学検査の有用性】
 核医学検査は形の異常だけでなく、機能の異常を調べるために行います。

【核医学検査の被ばくについて】
 核医学検査では血管から放射性医薬品を投与して検査を行いますので、体内での被ばくになります。検査に使用する放射性医薬品は半減期の短い放射性医薬品が使用されています。時間による減衰と排泄などにより、短時間で体内から消えていきます。
 当院では適正な放射線量の管理のため、日本の標準診断参考レベル（DRLs2015）の投与量に準じて検査を行っています。尚、核医学検査において、投与されてから消えるまでの被ばく量を合算した値は、0.8～8（平均4.2）ミリシーベルトとされています。

投与量 (MBq)	骨シンチ	脳血流シンチ	脳シンチDAT	MIBGシンチ
診断参考レベル (DRLs2015)	950	200	190	130
当院データ (標準体型)	1,050	195	195	130

【妊娠について（女性のみお答えください）】
 妊娠している可能性がある、または現在妊娠している はい いいえ わからない

【副作用について】
 核医学検査10万件あたりに2.1～2.5件とごくまれです。副作用の内容は頭痛、発疹、嘔気、悪心、皮膚発赤、顔面紅潮などで、軽微または中等度の副作用です。これらは放射線による影響ではないことが報告されています。

医療機関 _____ 説明医師（署名） _____

同意書

私は、現在の病状及び核医学検査の必要性とその内容、これに伴う危険性等について説明を受け、理解しましたのでその実施を同意します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には適宜処置される事についても同意します。

同意する 同意しない 西暦 _____ 年 月 日

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 患者氏名 _____
 聖隷佐倉市民病院 病院長 殿
 代理人（署名） _____（続柄） _____

※ 同意を拒否されても、また撤回されても診療上の不利益を受けることはありません。



CT検査用

核医学検査用

【CT検査】説明同意書

【CT検査の有用性】

□ CT検査は身体の周りからエックス線を当て、体内の情報を収集し、それをコンピュータ処理して身体の断層画像を得る検査です。

【CT検査の被ばくについて】

□ CT検査の放射線被ばく線量は他の検査より高いと言われてしています。そのため当院では適正な放射線量の管理のため日本の標準診断参考レベル（DRLs2020）に準じて検査を行っています。

DLP (mGy・cm)	頭部	胸部	胸部から骨盤	上腹部から骨盤
診断参考レベル (DRLs2020)	1,350	510	1,200	880
当院データ (標準体型)	1,068	423	1,069	794

【妊娠について (女性のみお答えください)】

妊娠している可能性がある、または現在妊娠している □ はい □ いいえ □ わからない

放射線被ばくに関する事項

【核医学検査】説明同意書

【核医学検査の有用性】

□ 核医学検査は形の異常だけではなく、機能の異常を調べるために行います。

【核医学検査の被ばくについて】

□ 核医学検査では血管から放射性医薬品を投与して検査を行いますので、体内での被ばくになります。検査に使用する放射性医薬品は半減期の短い放射性医薬品が使用されています。時間による減衰と排泄などにより、短期間で体内から消えていきます。

当院では適正な放射線量の管理のため、日本の標準診断参考レベル（DRLs2015）の投与量に準じて検査を行っています。尚、核医学検査において、投与されてから消えるまでの被ばく量を合算した値は、0.8～8（平均4.2）ミリシーベルトとされています。

投与量 (MBq)	骨シンチ	脳血流シンチ	脳シンチDAT	MIBGシンチ
診断参考レベル (DRLs2015)	950	200	190	130
当院データ (標準体型)	1,050	195	195	130

【妊娠について (女性のみお答えください)】

□ 妊娠している可能性がある、または現在妊娠している □ はい □ いいえ □ わからない

【副作用について】

□ 核医学検査10万件あたりに2.1～2.5件とごくまれです。副作用の内容は頭痛、発疹、嘔気、悪心、皮膚発赤、顔面紅潮などで、軽微または中等度の副作用です。これらは放射線による影響ではないことが報告されています。



MRI検査用

【MRI検査】説明同意書

【MRI検査について】

MRI検査を受けた事があるか 有り 無し

【体内金属の有無】（禁忌事項：一つでも該当する方は検査できません。）

心臓ペースメーカー 人工内耳 人工心臓弁（機械式） シェントバルブ

【その他の体内金属】（有の場合は依頼医師による安全性の確認をお願いします。確認が取れない場合、検査が行えないことがあります。）

《整形外科的金属／脳動脈クリップ／ステント／金属コイル／クリップ／フィルター／金属片などの体内異物／磁石を使用した歯牙インプラント等》

有り（部位：_____ 種類：_____ いつ頃：_____ 年 _____ 月 頃）

⇒ 金属有りの場合、安全性の確認状況 確認出来た

無し

【刺青、アートメイクの有無】

有り（部位 _____）※火傷・変色する可能性があります。違和感がありましたら検査を中止します。

無し

【貼り薬、置き針の有無】

有り ※検査時に取り外すことができないものがあれば検査を行うことができません。 無し

【閉所恐怖症について】

有り 無し

【妊娠について（女性のみお答えください）】

妊娠している可能性がある、または現在妊娠している はい いいえ わからない

④併用注意薬について

核医学 (MIBGシンチ)

患者氏名: _____ 様

心筋MIBG検査を受ける方の 併用注意薬について 24

☆下記の薬剤を併用し検査を行うと、検査結果に影響する可能性があります。
主治医の指示に従い、検査終了まで服用しないようご注意ください。

有 無し	薬剤名	休薬期間	薬剤区分	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トリプタノール錠、ノーマル錠、アミトリプチン塩酸塩錠	検査前 7日間	三環系抗うつ薬
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イミドール糖衣錠、トフラニール錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アモキシサンカプセル、アモキシサン細粒	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アナフラニール錠、アナフラニール点滴静注用	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アンプリット錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ノリトレン錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	スルモンチール散、スルモンチール錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	レセルピン散、レセルピン錠、レセルピン注射液	検査前 7日間	降圧剤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アポブロン散、アポブロン錠、アポブロン注	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ペハイドRA配合錠	検査前 7日間	交感神経緩和薬
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トランデート錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アスクール錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	レスポリート錠	検査前 7日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ラベタロール塩酸塩錠	検査前 7日間	

上記の併用注意薬について説明しました。 検査依頼医師 (_____)

休薬していただければ検査可能です

患者氏名: _____ 様

脳シンチ (ダツスキャン) 検査を受ける方の 併用注意薬について

☆下記の薬剤を併用し検査を行うと、検査結果に影響する可能性があります。
主治医の指示に従い、検査終了まで服用しないようご注意ください。

有 無し	薬剤名	休薬期間	薬剤区分	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デプロメル錠、ルボックス	検査前 5日間	選択的セロトニン再取り込み阻害薬
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バキシル	検査前 5日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ジェイソロフト	検査前 6日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	レキサプロ錠	検査前 8日間	中枢神経刺激剤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リタリン	検査前 1日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コンサータ錠	検査前 2日間	三環系抗うつ剤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アモキシサン	検査前 2日間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サルレックス錠	検査前 3日間	食欲抑制剤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コカイン塩酸塩「シノギ」	検査前 2日間	コカイン系製剤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コカイン塩酸塩「タケダ」	検査前 数週間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ヒロボン	検査前 7日間	中枢興奮剤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	モディオダール錠	検査前 3日間	精神神経用剤

上記の併用注意薬について説明しました。 検査依頼医師 (_____)

核医学 (脳シンチDAT)



検査予約票

検査予約票

(1頁 / 1)

出力日時 : 2020/06/24 14:15:54

出力者 : 高石 真人

外来

患者氏名

テスト 1
放射診

様

患者番号

99000013

明治 43年09月06生

109歳9ヶ月

男

検査予約日 2020年 7月17日 (金)

予約時間 13時30分

【検査内容】

CT

胸部～骨盤CT(P+E) [共同利用]

※注意事項 (よくお読み下さい)

当日は上記予約時間30分前に101受付に以下の書類をお出し下さい

- ①本書面
- ②保険証
- ③検査依頼書(CT検査)
- ④CT検査説明同意書
- ⑤CT造影剤検査問診・同意書

検査当日にお持ち頂く書類

○今回の検査に関しては食事制限があります。検査予約時間の4時間前から食事はしないで来院して下さい (水・お茶などは可)

※普段から飲んでいるお薬はお飲みください。

但し糖尿病薬を飲まれている方は医師の指示に従って下さい。

○検査部位により、検査着に着替えていただくことがあります。

○緊急検査などで必ずしも予約通りに実施できない場合がありますのがご理解とご協力をお願いします。

○ペースメーカーを装着している方はペースメーカー手帳をお持ちください。

※妊娠中、または妊娠の心配のある方は主治医にお知らせください

体調不良や急な用事でやむを得ず予約の変更を希望される場合、

主治医に連絡して予約変更の手続きをお願いします。

検査に関する注意事項

聖隷佐倉市民病院 〒285-8765 千葉県佐倉市江原台2-36-2

043-486-1151 (検査の問い合わせ)