

放射線検査 (CT・RI・骨密度)

医療機器共同利用に係る運用の変更について

横浜市立大学附属市民総合医療センター

平素より格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療法施行規則の一部改正により、診療用放射線に係る安全管理の一環として、検査依頼医師による検査事前の放射線被ばくに関する説明と同意が義務付けられました。何卒ご理解とご協力をお願い申し上げます。

「CT・RI・骨密度検査のお申し込みの際に、患者さんへの説明・同意が必要になります」

共同利用による検査申込書(紹介・診療情報提供書)

年月日

依頼先 横浜市立大学附属 市民総合医療センター 地域連携担当(予約受付) 〒232-0024 横浜市南区海岸町4-57 TEL 045-253-5797 FAX 045-253-5796	依頼元 〒 _____ 所在地 横浜市 医療機関名 _____ 医師名 _____ 先生 TEL _____ FAX _____																																										
患者さん フリガナ _____ 男・女 氏名 様 M-T-S-H-R 年 月 日生(満 才) 〒 _____ TEL () 住所 _____																																											
当院への受診歴 (有・無)																																											
希望検査名 <input type="checkbox"/> 単純CT検査 撮影部位() ★必須 被ばくに関する説明同意 (有・無) <input type="checkbox"/> RI検査(全身骨) <input type="checkbox"/> X線骨密度測定(DXA法) 撮影部位(右・左 大腿骨頸部 + 腰正面) <input type="checkbox"/> 単純MRI検査 撮影部位() <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 (結果報告書 <input type="checkbox"/> サマリー <input type="checkbox"/> サマリー+写真) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 (結果報告書 <input type="checkbox"/> サマリー <input type="checkbox"/> 全報告書(全撮影))																																											
検査結果報告書 CT、MR、RI、骨密度検査は、終了後直ちに患者さんに報告書をお渡しします。また、検査結果は基本的にDVD-Rでお渡しします。(DVD-Rの場合は30分、フィルムの場合は1時間程度お待ちいただけます。) 心臓超音波検査、ホルター心電図は、検査後1週間程度で郵送いたします。 検査希望日(ご希望日を複数ご記入ください。)																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目\曜日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15:30, 19:40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15:30, 19:50</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>14:50</td> <td></td> </tr> <tr> <td>心臓超音波</td> <td>14:15, 14:45</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>14:15, 14:45</td> </tr> <tr> <td>ホルター心電図</td> <td></td> <td>14:00, 14:30</td> <td>14:00, 14:30</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨密度</td> <td>13:30, 14:00</td> <td></td> <td>13:30, 14:00</td> <td>13:30, 14:00</td> <td>13:30, 14:00</td> </tr> </tbody> </table> <p>◎RI検査は、「主射」から「検査」までの待ち時間がありますのでご注意ください。また、RI薬品は高価なため、日時の変更やキャンセルはご注意ください。 ◎ホルター心電図検査は、記録開始後24時間後に機器の取り外しに来院をお願いします。 <input type="checkbox"/> 大至急(日時を問わず、できるだけ早く) <input type="checkbox"/> 第1希望日 (月 日) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 第2希望日 (月 日) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 第3希望日 (月 日)</p>	検査項目\曜日	月	火	水	木	金	CT				15:30, 19:40		MR				15:30, 19:50		RI				14:50		心臓超音波	14:15, 14:45				14:15, 14:45	ホルター心電図		14:00, 14:30	14:00, 14:30			骨密度	13:30, 14:00		13:30, 14:00	13:30, 14:00	13:30, 14:00	
検査項目\曜日	月	火	水	木	金																																						
CT				15:30, 19:40																																							
MR				15:30, 19:50																																							
RI				14:50																																							
心臓超音波	14:15, 14:45				14:15, 14:45																																						
ホルター心電図		14:00, 14:30	14:00, 14:30																																								
骨密度	13:30, 14:00		13:30, 14:00	13:30, 14:00	13:30, 14:00																																						
備考 必ずご記入願います 症状経過(現病歴) ※X線骨密度測定(DXA法)の場合は特記事項があれば記載してください																																											
この「検査申込書(紹介・診療情報提供書)」は、下記番号までFAXしてください。 FAX 045-253-5796(受付時間 平日 9時~17時) 横浜市立大学附属市民総合医療センター 地域連携担当(予約受付) TEL 045-253-5797																																											

- ① 別紙「放射線検査における説明と医療被ばくについて」「放射線検査を受けられる方へ」を参考に、患者さんに検査の必要性や安全性についてご説明をお願いいたします。
- ② 検査の同意が得られましたら、「検査申込書」の所定欄に○をしていただき、FAXにて申込をお願いいたします。

(参考)
患者さんへの説明義務について
(日本医学放射線学会ガイドラインより抜粋)

- ・紹介する病院等では、紹介する医師又は歯科医師が正当化及び依頼内容の最適化を行い、これらの内容を含めて患者に対して放射線診療の実施前説明を行う。
- ・CT 検査、血管造影、核医学診療については、当該放射線診療の依頼医は放射線診療実施前の説明と同意に関する事項を診療録等に記録すること。

お問い合わせ：★予約に関すること 地域連携課紹介予約担当 045-261-5797 (直通)
★放射線の被ばくに関すること 放射線部受付 045-261-5656 (代表)