

保険情報送信様式（FAX用）

紹介元

貴院名：

医師名：

TEL：

FAX：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月		日	()	時	分
診 察	診療科：科		予約医師：			
C T	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。			
			eGFR > 又は(Cr: mg/dl)(検査日:) 造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。			
M R I	相模原市検診以外		※レポート有ります。 相模原市（受診券等）は使用できません。			
	相模原市 検診		※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。			
マンモ グラフィ	撮影部位：					
エコー	撮影部位：					
その他						

病名（主訴）	
予約目的	

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

受 診 歴	無 ・ 有 : 診察券番号【 】 ・ いくつかの受診ですか？ ()
-------	------------------------------------

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様		年 月 日生 才
住 所	〒 -		TEL 連絡のとれる電話番号をお願い致します。

・ 予約当日

受付にはお時間に余裕を持って

ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。

・ 持ち物

- ・ 診療情報提供書
- ・ 造影剤同意書（造影検査の方のみ）
- ・ 保険証（医療受給者証）
- ・ 診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課 医療連携係

直通 TEL 042-754-3302

直通 FAX 042-754-3323

保険情報送信様式 (FAX用)

紹介元

貴院名 : ○○病院・クリニック
 医師名 :
 TEL :
 FAX :

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月 () 日 () 時 分	
診察	診療科 : 科	予約医師 :
CT	※必須 撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 <small>※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。</small> eGFR > 又は (Cr: mg/dl) (検査日:) 造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持参下さい。
	単純・造影	
MRI	相模原市検診以外	※レポート有ります。 相模原市 (受診券等) は使用できません。
	相模原市 検診	※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。
マンモグラフィー	撮影部位 :	
エコー		
その他		

CT・MRの造影依頼時には検査値をお願いします。

病名 (主訴)	
予約目的	

瀏野辺総合病院に受診した事がありますか? (可能であれば、お願いします。)

受診歴	無 ・ 有 : 診察券番号【 】 ・ いくつかの受診ですか? ()
-----	------------------------------------

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様		年 月 日生 才
住所	〒 -	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。

- ・ 予約当日
 - 受付にはお時間に余裕を持って
 - ご来院 (正面玄関入ってすぐの受付へ) 下さい。
- ・ 持ち物
 - ・ 診療情報提供書
 - ・ 造影剤同意書 (造影検査の方のみ)
 - ・ 保険証 (医療受給者証)
 - ・ 診察券 (受診歴がある方のみ)

医療法人社団相和会
瀏野辺総合病院
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 TEL **042-754-3302**
 直通 FAX **042-754-3323**

2012.10.31 HP用

①電話にて、予約枠を取得
 8:45~17:30 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 042-754-3302

②保険情報送信様式(FAX用)の送信
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 FAX 042-754-3323

③当日、紹介状と必要書類(同意書等)をご持参いただけますよう、患者様へお渡し下さい。

CT検査予約票

(患者さん用)

フリガナ		生年月日 大・昭・平・令
氏名	男・女	年 月 日
予約日	西暦 年 月 日 ()	予約時間 午前・午後 時 分
持ち物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健康保険証・各種受給者証 <input type="checkbox"/> 当院診察券 (※ある方のみ)	

◎ 検査を受けられる時の注意事項

	食べ物	飲み物	検査所要時間	その他
頭部単純 <small>造影を使用しない場合</small> 頭部造影	食事制限は ありません	制限はありません お茶・お水は 積極的に お飲みください	10～20分程度	・検査着に着替えて頂く場合があります。 ・ヘアピン、ピアス、入れ歯、ネックレスや 補聴器などの人工物ははずして頂きます。
胸部単純 <small>造影を使用しない場合</small> 胸部造影 腹部検査	食事制限は ありません 検査の 3時間前まで	お茶・お水は可 お茶・お水は 積極的に お飲みください	原則として 10～20分程度	・検査着に着替えて頂きます。 ・ネックレス、湿布、エレキバン、カイロなどの 人工物ははずして頂きます。

※ 下記に当てはまる方は、事前に主治医先生へご相談下さい。

- ・ 造影検査を受けられる方で、糖尿病薬を使用している方
- ・ 妊娠中や疑いのある方、飲んでいる常備薬の相談等

※ ご予約のキャンセルは依頼元の医療機関へご連絡下さい。

※ 検査に関する質問等ありましたら、放射線科で受付けております。

※ 救急などにより、検査の開始時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

※ ペースメーカーの方はお申し出ください。

◎ CT検査は通常次の順序で行います。

《 注 意 事 項 》

①	検査20分前に受付	トイレに関しては指示に従って下さい。
②	CT更衣室で検査着へ着替え	トイレに関しては指示に従って下さい。
③	検 査	検査中は体を動かさないで下さい。 マイクが設置してありますので何か変化があった 場合は声をかけて下さい。
④	検査終了	更衣室等に忘れ物がないようお帰りください。

泌尿野総合病院 医療連携室

〒252-0206 相模原市中央区泌尿野3-2-8

直通 TEL 042-754-3302 FAX 042-754-3323

(事前予約・放射線科・医師へのお問い合わせ等)

CTによる医療放射線被ばくに関する説明書

検査種類： CT（頭部・頸部・胸部・腹部・胸腹部・四肢・その他_____）

検査実施施設： 瀏野辺総合病院

検査予定日： 西暦 年 月 日

- 検査目的：
- 病巣の有無確認・鑑別
 - 治療法検討のための精査
 - 治療効果の確認
 - 治療後の経過観察
 - その他：

（説明内容）

この度実施するCTを利用する検査、診療は検査部位の病気の有無確認、診断、治療効果、治療後の病気の状態を確認するために行う放射線を使用した検査及び診療です。

放射線を利用した診療は患者さんに多大な診療上の利益をもたらす一方、放射線被ばくによる健康影響への潜在的な危険も懸念されます。当院における検査では脱毛や皮膚紅斑などの組織反応（確定的影響）が起きる線量以下の低線量被ばくがほぼすべてですが、低線量被ばくによるがんの発生（確率的影響）は、近年の大規模な研究により診断目的の低線量被ばくにおいても発生頻度がわずかに上昇するとの報告がみられるようになってきました。従って診療においても放射線被ばく（医療被ばく）はできるだけ低く抑えることが必要になっています。

放射線防護は正当化、最適化、線量限度の3原則からなります（国際放射線防護委員会：ICRP）。正当化とは検査等による診療上の利益が被ばくによる不利益を上回ることを保証することで、診療を担当する医師が診療上の必要性から判断します。最適化とは診療に影響が出ない範囲でできるだけ照射する線量を低く抑えることで、検査計画の検討及び検査時の調整により行います。一方、がんの発生リスクは放射線被ばくによりわずかに上昇しますが必ず発生するわけではなく、他に様々な因子も関わり複合的な原因で発生します。また、仮にがんが発生する場合でも被ばく直後ではなく、数年から数十年後といわれています。このため線量限度は現時点で問題となっている疾患の診療を制限する可能性があるため、医療被ばくに対して線量限度は適用されません。

当院では機種選定の際に被ばく線量の少ないことを重視して機種を選定し、運用に際してもCTなど比較的被ばくが多めの検査では被ばく線量を継続監視し、国内で広くデータを解析している多くの関連学会、団体により構成された医療被ばく研究情報ネットワーク（J-RIME）による診断参考レベル（DRL）を参考に定期的に検査時の放射線線量を調整しています。また、院内関連職種で医療放射線管理委員会を組織し、医療被ばくの管理を行っています。医療被ばくの影響が疑われた場合、ご質問がある場合などは院内に対応体制がありますのでお近くの職員にお問い合わせください。

※ 検査当日はこの用紙も放射線科受付までお持ちいただくようお願いします

TEL：042-754-2222（代）

放射線科（内線：1153）