

# CT・RI検査 医療機器共同利用に係る運用の変更について

高山赤十字病院

平素は当院の運営にご協力賜り、誠にありがとうございます。

令和2年4月1日より医療法が改正され、診療用放射線の安全管理のため、患者さんに対する検査の必要性等に係わる説明義務が課されることとなりましたので、ご協力をお願いします。

**CT・RI検査のお申し込みに患者さんの同意が必要になります。**

**高山赤十字病院 医療機器共同利用検査依頼書**

申込日: 年 月 日

(紹介先) 高山赤十字病院 御中  
FAX : 0577-32-1165

医療機関名 :  
医師名 :  
TEL :  
FAX :

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	高山赤十字病院 ID	
患者氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日 歳	
住所		電話番号			
検査希望日時	第1希望 月 日 時頃	第2希望	月 日 時頃		
依頼医師	様				
臨床検査関係	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 病理組織・細胞診検査	<input type="checkbox"/> 肺機能検査		
	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	<input type="checkbox"/> 病理組織・細胞診検査	<input type="checkbox"/> 単純(肺気量分画・FD-ブリュームグラフ)		
	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波		<input type="checkbox"/> 精密(肺気量分画・FD-ブリュームグラフ・機能的肺気量)		
放射線関係	<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI(契約機関のみ)	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP)	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 認知症頭部 VSRAD	<input type="checkbox"/> 頸部	Z-Graph解析	<input type="checkbox"/> 大腿骨
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部( )	<input type="checkbox"/> 腹部( )	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(ECD)	<input type="checkbox"/> 一般撮影・その他
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤( )	<input type="checkbox"/> 骨盤( )	<input type="checkbox"/> e-Zis解析	
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎( )	<input type="checkbox"/> 脊椎( )	<input type="checkbox"/> ダットシンチ	
	<input type="checkbox"/> 脊椎( )	<input type="checkbox"/> 上肢( )	<input type="checkbox"/> 上肢( )	<input type="checkbox"/> 心筋MIBGシンチ	
	<input type="checkbox"/> 上肢( )	<input type="checkbox"/> 下肢( )	<input type="checkbox"/> 下肢( )	<input type="checkbox"/> H/M比の算出	
	<input type="checkbox"/> 下肢( )			<input type="checkbox"/> その他( )	
	読影依頼	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
検査結果	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	
検査内容についての要望(必要シーケンス・再構成画像等)		MRIチェックリスト(医師記載)			
		ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		人工弁・人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		人工関節・人工骨頭 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		その他体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		体内金属は? <input type="checkbox"/> 磁性体 <input type="checkbox"/> 非磁性体			
検査目的 病名 既往歴 連絡事項					
(必須)	<input type="checkbox"/> 検査に伴う医療被ばくについて説明し、患者の同意を得ました。				

- ① 「検査に伴う医療被ばくについて(共同利用)」を用いて、患者さんに検査の必要性等について、ご説明をお願いします。
- ② 説明に同意されましたら、「検査依頼書」のチェックボックスに☑していただき、その他、必要事項を記載し、FAXにて申込をお願いします。
- ③ 患者さんには検査に来院される際、「検査依頼書」をお持ちいただくようお願いいたします。

(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)

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に記録すること。
- ・救命などのためにやむを得ず十分な実施前の説明ができない場合はその旨を記録すること。