

# 診察・検査申込書の更新①

滋賀県立総合病院 前方連携担当 あて (FAX: 077-582-9712) **※赤字は変更箇所**  
 診察・検査申込書

<紹介元医療機関情報>

令和7年1月改訂

医療機関名	TEL
診療科名	医師名
	FAX

<診察依頼>

診療科  緩和ケア入替登録又は症状緩和 (主科との同時紹介時のみ) をご希望の場合は緩和ケア科へ

## ①15歳未満の方の検査依頼

下線がついている検査 (MRI単純、CT単純、骨塩定量) は15歳未満の方も検査の依頼ができます。ただし、20分間の静止が必要ですのでご確認をお願いします。

## ②シャントの有無

シャントがある方は検査前後で脳神経外科の診察が必要になることがあります。忘れずチェックをお願いします。

感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、咳、喀痰、息切れ、胸  
 痛、抑うつ、嗅覚障害、味覚障害、動悸、下痢、腹痛、睡  
 眠障害、集中力低下、

<検査依頼>

15歳未満の方・・・下線の検査は依頼可能です。RIは要相談のためご連絡ください。  
 申し込みの際は「20分間静止できる」を確認し、 に  をお願いします。  20分間静止できる

MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP	部位:
CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT (造影)	
MRI、CT	<input type="checkbox"/> (セット) <input type="checkbox"/> 頭部MRI (VSRAD) + 脳血流IMP <input type="checkbox"/> CT単純 (頭部) + 脳血流IMP	
	(必須) ICD、CRT-D、ペースメーカー植込み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、シャント <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(造影の場合必須) 3ヶ月以内の腎機能検査結果 (eGFR又はクレアチニン) を添付お願いします	
RI	<input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 線条体 <input type="checkbox"/> 心交感神経 (MIBG) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨	
	※その他RI検査ご希望の場合は別紙「RI検査申込書」にてお申し込み下さい。	
(15歳未満の方は要相談)	<input type="checkbox"/> FDG-PET (全身) <input type="checkbox"/> FDG-PET (心サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> FDG-PET (脳)	
	<input type="checkbox"/> アミロイドPET <input type="checkbox"/> O-18F-PET <input type="checkbox"/> PETその他 ( )	
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿骨	
超音波	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 下肢	
心電図	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	
検査希望日	第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日	

<患者基本情報>

## ③この用紙に記載のないRI検査の依頼

RI検査申込書 (次ページ参照) に記入し、診察・検査申込書と併せてFAXお願いします。

※脳血流、線条体、心交感神経、甲状腺、骨の検査を依頼する場合はRI検査申込書は不要です。

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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 )
連絡先	-

ください。  
 無  
 院中受診 (貴院入院中の場合  )

・保険情報

健康保険  生保  自賠責  労災  その他 ( )

・外国の患者さんの場合【複数選択可】

日本語読み書きができる  受診時に通訳同伴有  左記該当なし又は不明

お問い合わせ先 滋賀県立総合病院 (前方連携担当) TEL 077-582-9711

# 診察・検査申込書の更新②

## ④RI検査申込書の記入箇所

赤枠内に記入し、診察・検査申込書と併せてFAX（077-582-9712）お願いします。

滋賀県立総合病院 前方連携担当 あて（FAX：077-582-9712）

### RI検査申込書

紹介元医療機関名： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

年

月

日

RI検査は放射性医薬品を使用するため、オーダー間違いがあった場合に検査ができません。

お手数ですが、ご依頼の検査項目に○をつけてFAX（077-582-9712）お願いします。

その後、日程調整の連絡を差し上げますので少しお待ちください。

小児患者さんについては当院小児科診療申込のうえ検査をさせていただきます。

ご理解とご協力をよろしくお願いします。

ご依頼の検査項目に○を付けて下さい。

脳：I-iomazenil（脳神経受容体）	レノグラム：Tc-MAG3
唾液腺：Tc-pertechnetate	腎臓：Tc-DMSA（腎臓静態）
レモン負荷唾液腺：Tc-pertechnetate	肝機能：Tc-GSA
副甲状腺：Tc-MIBI	肝・脾：Tc-Sn colloid
肺血流：Tc-MAA	肝胆道：Tc-PMT
心筋：Tc-HMDP（アミロイドーシス）	メッケル憩室：Tc-pertechnetate
副腎髄質：I-MIBG	ソマトスタチン受容体：In-Pentetreotide

※以下のRI検査は当該科診療申込のうえ検査をさせていただきます。

甲状腺摂取率：Na123I	副腎皮質：I-adosterol
運動負荷心筋：TI-chloride	デキサメサゾン負荷副腎皮質：I-adosterol
薬剤負荷心筋：TI-chloride	利尿剤負荷レノグラム：Tc-MAG3
心筋（安静）TI-chloride	消化管出血：Tc-HSA-D
心筋（安静）Tc-MIBI	タンパク漏出：Tc-HSA-D
心筋（安静）I-BMIPP	腫瘍・炎症：Ga-citrate
心筋（安静）TI-chloride+I-BMIPP	骨髄：In-chloride
心筋（安静）TI-chloride+Tc-PYP	脳槽・脊髓腔：In-DTPA

上記以外のRI検査をご希望の場合は以下にご記載下さい。

令和7年1月作成