

# 医療機器共同利用のご案内

当院が所有しております医療機器を地域の医療機関の先生方にもご利用頂けますよう、地域医療の一層の充実に向けて医療機器の共同利用を行っております。

検査名	担当 診療科	検査日	時間帯 (検査人数)	記録・レポートの 処理
PET/CT	放射線科	月～金	適宜	3日以内に発送
CT	放射線科	火、水、金	火：午後4名 水：午後2名 金：午後2名	レポート・CDR 3日以内に発送
MRI	放射線科	火、木	火：午後3名 木：午後3名	レポート・CDR 3日以内に発送
核医学検査 (骨シンチ)	放射線科	月～金	適宜	3日以内に発送
上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)	消化器科	火、木	火：午前2名 木：午前2名	病理結果は後日発送
心臓超音波検査	循環器科	火	火：午前1名	3日以内に発送
脳波検査	脳神経内科	火、金	火：午後1名 金：午前1名	10日以内に発送
筋電図検査	リハビリ科	金	金：午後1名	7日以内に発送
終夜睡眠ポリグラフ検査	呼吸器内科	火、木	火：午後1名 木：午後1名	後日発送
呼吸機能検査 (スクリーニング)	呼吸器内科	月～金	各1名	後日発送
呼吸機能セット検査	呼吸器内科	火、木	火：午後1名 木：午後1名	後日発送
外来栄養食事指導	循環器科 栄養管理室	火、金	火：午前1名 金：午前1名	後日発送

▶詳細は次ページ以降をご参照ください

## 医療機器共同利用のご案内

# PET-CT

### ■PET-CTのご依頼のながれ

#### (1) 専用伝票の記入

巻末 (P103) のPET/PET-CT用診療情報提供書の「I」～「V」の記入をお願いします。

- I 患者情報
- II 病名・保険適応
- III 他検査情報
- IV 患者情報詳細
- V 紹介元施設情報

#### (2) 予約枠の取得

東京医療センター核医学センターへお電話ください。

**■ 03-6859-1720**

予約枠の確定・伝票記入事項の確認を行います。

#### (3) 患者さんへのご説明

PET検査は高額な検査となりますので、患者様への保険適用の有無等事前説明を必ず行ってください。また、前処置についても、巻末 (P104からP106) を参考に説明をお願いいたします。(予約枠の取得の際に検査に伴う必要書類を当院からFAXいたします) ※当院より検査数日前 (1日～2日) に検査日時・前処置の確認のため、患者様に直接お電話させて頂きます。必ず連絡の取れる連絡先と希望日時 (平日の午前、午後) を診療情報提供書にご明記ください。

#### (4) FAXの送付

PET/PET-CT用診療情報提供書をFAXにてお送りください。

**■ 03-6859-1720** (※電話と同一番号です)

以上で予約の手順は終了です。

※診療情報提供書の記載不備や、保険適応の内容によっては、再度こちらから連絡をさせていただくことがあります。

#### (5) 検査結果の送付

患者様の検査結果は、CD-ROMにて専門医による読影レポートと共に届けいたします。

お届けまでのお時間は、最大で1週間程度、頂戴いたします。

ご不明な点がございましたら核医学センターまでお問い合わせください。

**担当部署：核医学センター (受付時間：平日 8時30分～17時00分まで)**

**■ 直通 • ■ FAX 03-6859-1720**

## 医療機器共同利用のご案内

# CT / MR

### ■ CT/MRのご依頼のながれ

#### (1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

申込書は巻末（P109）の様式をコピーしてご利用ください。また、連携室より郵送またはファックスにてお送りします。ご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

#### (2) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」などをお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡し下さい。

#### (3) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」「同意書（サインしたもの）※造影（CTの場合）のみ」・健康保険証、医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

同意書は連携室より郵送またはファックスでお送りします。

#### (4) 検査結果の報告

検査終了後は報告書を速やかに紹介元医療機関へ郵送いたします。

当院は電子カルテのためフィルムレスとなっていますのでフィルムの出力は原則いたしておりませんが、フィルムご希望の場合は予約時にお申し出ください。その場合は報告書と一緒にフィルムも郵送いたします。

当院では患者さんへの検査結果の説明はいたしません。ご依頼の先生は郵送した報告書をもとに患者さんに検査結果をご説明下さるようお願いします。当院での診療が必要な場合は、あらためて該当診療科宛にご紹介ください。

## 医療機器共同利用のご案内

# CT / MR

### ■造影CT/MRをご依頼される場合のお願い

同意書の取得と腎機能の検査をお願いします。

#### (1) 同意書の取得について

当院所定の「造影CT説明同意書」+「造影MRI検査同意書」に沿って患者様に説明していただき、同意書にサインしたものを検査当日に持参してもらうようにお伝え下さい。説明医師の欄には先生のサインを必ずお願いいたします。当院から郵送またはファックスにてお送りします。なお提出された同意書は当院で保存しますので、感熱紙のファックスで受けられた場合は、普通紙にコピーしてご使用ください。

#### (2) 腎機能検査について

腎機能の検査は、クレアチニンの採血をお願い致します。結果は検査当日に患者様に持参していただき、連携室へファックスにてお送りください。なお、3ヶ月以内に採血されたクレアチニンのデータがあれば、それでも結構です。また、過去にヨード系造影剤でアレルギーのあった患者様や、喘息で治療中の患者様は造影剤の使用はできませんのでご注意ください。

### ■MRIをご依頼される場合の注意事項

心臓ペースメーカーや脳動脈瘤クリップ（非チタン製）が有る患者様、閉所恐怖症の患者様は、MRI検査はできませんので、ご注意ください。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

**担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）**

**03-3411-2595**  **03-3411-2596** 

## 医療機器共同利用のご案内

## 核医学検査

## ■核医学検査ご依頼のながれ

## (1) 専用伝票の記入

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の巻末（P109）「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

## (2) 予約枠の取得

東京医療センター核医学センターへお電話ください。

**■ 03-6859-1720**

予約枠の確定・伝票記入事項の確認を行います。

## (3) FAXの送付

核医学検査用診療情報提供書を記入していただきFAXにてお送りください。

**■<sub>FAX</sub> 03-6859-1720**（※電話と同一番号です）

以上で予約の手順は終了です。

核医学検査用診療情報提供書は巻末（P107）の様式をコピーしてご利用ください。または連携室より郵送またはファックスにてお送りします。ご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

※診療情報提供書の記載不備や、保険適応の内容によっては、再度こちらから連絡をさせていただくことがあります。

## (4) 検査結果の送付

患者様の検査結果は、CD-ROMにて専門医による読影レポートとともににお届けいたします。  
お届けまでのお時間は、最大で1週間程度、頂戴いたします。

ご不明な点がございましたら核医学センターまでお問い合わせください。

担当部署：核医学センター（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）

**■ 直通 ■<sub>FAX</sub> 03-6859-1720**

## 医療機器共同利用のご案内

# 上部消化管内視鏡検査

## ■上部消化管内視鏡検査のご依頼のながれ

### (1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

### (2) 患者さんへのご説明・検査同意書の取得をお願いします

当院所定の「上部消化管内視鏡検査同意書」に沿って胃カメラの目的や合併症などについて患者様に説明していただき、同意書にサインしたものを検査当日に持参してもらうようにお伝え下さい。説明医師の欄には先生のサインを必ずお願いいたします。

申込書は巻末（P109）の様式をコピーしてご利用ください。また同意書は、当院から郵送またはファックスにてお送りします。なお提出された同意書は当院で保存しますので、感熱紙のファックスで受けられた場合は、普通紙にコピーしてご使用ください。

### (3) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」などをお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」「検査案内」の計6枚をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡し下さい。

### (4) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「検査案内」「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」「検査案内」「同意書（サインしたの）」・健康保険証、医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

### (5) 検査結果の報告

検査終了後に結果（内視鏡所見のコピー）を後日郵送いたします。

なお、当日生検を行った場合も後日、病理検査結果報告書のコピーを先生宛に郵送いたします。（所要日数1～2週間）

## ■上部消化管内視鏡検査のご依頼にあたってご確認をお願いします

「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」をご用意いただく際に、薬のアレルギー・治療中の病気、内服薬などがありましたら必ずご記入ください。特にワーファリンやアスピリンなどで抗凝固療法を施行中の場合は生検ができませんので明記してくださるようお願いいたします。なお、感染症の採血は必要ありません。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

**担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）**

**03-3411-2595**  **03-3411-2596**

## 医療機器共同利用のご案内

# 心臓超音波 脳波検査 核医学検査 筋電図検査

## ■心臓超音波検査などのご依頼のながれ

### (1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

申込書は巻末（P109）の様式をコピーしてご利用ください。また、連携室より郵送またはファックスにてお送りすることもできますのでご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

### (2) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」をお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡しください。

### (3) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」・健康保険証・医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

### (4) 検査結果の報告

検査終了後は報告書を速やかに紹介元医療機関へ郵送いたします。

当院では患者様への検査結果の説明はいたしません。ご依頼の先生は郵送した報告書をもとに患者様に検査結果をご説明下さるようお願いします。

当院での診療が必要な場合は、あらためて担当診療科宛にご紹介ください。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）

**03-3411-2595** 直通 **03-3411-2596** FAX

## 医療機器共同利用のご案内

# 外来栄養食事指導のご案内



糖尿病や高血圧、脂質異常症等の生活習慣病でお困りの患者さまはいらっしゃいませんか？

当院の管理栄養士による栄養食事指導は個人指導だけでも毎年3000件以上の実績を有しております。患者さんに寄り添う、きめ細かい指導により、患者さんの栄養状態の改善を導き、先生方の診療を栄養面からサポートさせて頂きます。

### 【栄養食事指導内容】

\* 糖尿病・脂質異常症・高度肥満症・高血圧・腎臓病など

### 【栄養食事指導例】

- \* 栄養の意義、疾患別食事療法についての説明
- \* 患者さん及びご家族のライフスタイルに合った食事プランの提案
- \* アルコール、間食、運動不足など生活習慣は正に関する具体的な行動支援
- \* 外食・宅配食や栄養補助食品に関する情報提供

上記のほか、患者さんひとりひとりの状況に応じた丁寧な指導を心がけています。

### 【参考】患者さまのご負担額

項目	保険点数
初診料	288
外来栄養食事指導料	260
診療情報提供料（1）	250
合 計	798

### 自己負担額の一例

70歳未満（3割負担の方） **2,390円**  
75歳以上（1割負担の方） **800円**

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）

**03-3411-2595**

**03-3411-2596**

## 医療機器共同利用のご案内

# 外来栄養食事指導のご依頼

### ■外来栄養食事指導のご依頼のながれ

#### (1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「栄養指導共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

申込書は巻末（P108）の様式をコピーしてご利用ください。また、連携室より郵送またはファックスにてお送りすることもできますのでご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

#### (2) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」などをお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡下さい。

#### (3) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「栄養指導共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」・健康保険証、医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

#### (4) 検査結果の報告

検査終了後は栄養指導内容を記載した報告書を速やかに紹介元医療機関へ郵送いたします。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）

**03-3411-2595**  **03-3411-2596**

## （依頼側控）診療情報提供書（PET・PET/CT用）

予約日時： 年 月 日 ( ) 時 分

紹介先：独立行政法人

国立病院機構 東京医療センター

予約電話・FAX番号：03-6859-1720

I

(フリガナ)

〒

患者氏名： /性別：M・F

住所：

生年月日： 年 月 日 ( 歳 )

電話番号：

/緊急連絡先：

最終確認電話希望日時（東京医療センターより直接お電話いたします） 月 日 ( AM ・ PM )

\*以下の欄へチェック（□）および記入してください。

II

①検査種類  PET/CT  PET②診療種別  自由診療（スクリーニング  経過観察  効果判定） 保険診療 てんかん 虚血性心疾患（PETのみ保険適応、PET/CTは適応外） 悪性腫瘍（早期胃癌は、保険適応外） 大型血管炎

\*以下の欄へ保険適用条件である、他の検査の所見や結果を必ずチェック（□）および記入してください。

III

⑤臨床経過（できるだけ詳細に記入してください。）

⑥他の画像所見

 CT  MR  US  その他（ ）

所見：

⑦病理診断の結果（できない場合はその理由）

⑧腫瘍マーカーの結果

\*当日持参画像

 CT  MR  US  その他（ ）⑨当該疾患の手術療法  なし  あり 年 月 日 化学療法  なし  あり 最終日 年 月 日治療歴 術式： 放射線療法  なし  あり 最終日 年 月 日

IV

身長 cm		体重 kg			
現状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中（輸液・酸素・導尿・ドレーン） <input type="checkbox"/> その他			閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ベースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 介助	同月の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CT（*Gaシンチ施行月は保険適用外です。）		
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	*糖尿病薬剤を検査当日に服用（投与）するには避けてください。 *検査当日に血糖値が200mg/dl以上の場合には検査を中止する場合があります。			
下剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	当院来院歴（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）			
その他の特記事項（ADL、コミュニケーション等）					

V

紹介元医療機関（所在地、名称、TEL）

年 月 日

名称：

〒

診療科名：

住所：

電話番号：

医師氏名：

# PET/CT検査に関する説明および同意書

## 1. 検査の所要時間

通常開始から終了まで約2~3時間（注射後約1時間の安静後、約30分の撮影）を予定していますが、種々の事情により延長する場合があります。

## 2. PET/CT検査

この検査では、18F-FDGという、ごく少量の放射性物質を含んだ「薬」検査用ブドウ糖を静脈に注射します。その後、全身の臓器・組織に集まる様子を撮影して、悪性腫瘍や炎症の有無・範囲などを調べます。がん細胞は、正常細胞に比べて多くのブドウ糖を細胞内に取り込んで消費します。この性質を利用して、ブドウ糖が多く集まる場所をつきとめ、発育の早い「がん」を発見します。

## 3. 診断精度

PET検査は革新的ながんの検査法ですが、完璧というわけではありません。例えば炎症性疾患、甲状腺腫や大腸ポリープなどの良性疾患にも「薬」の集積が認められる場合もあります。悪性度の低いがんや一部がん化しているなど、がん細胞の占める割合の少ない腫瘍では検出されない可能性があります。また、臓器の生理的な機能によっては正常でも薬が集まる場合があります。

## 4. PET/CT検査に使用するお薬（FDG）と放射線被ばくについて

この検査で静脈注射する「薬」は、ブドウ糖に放射性物質を標識したもので18F-FDGといいます。またFDGはPET検査で一般的に使用されている薬であり、現在まで、重篤な副作用の報告はありません。放射能を持つ「薬」であることから、少量の放射線被ばくを受けます。CTを同時に行うとCT検査分の放射線被ばくが加わります。これにより将来にわたって起こりうる放射線障害を心配する必要はありません。

## 5. 費 用

この検査の保険適用は、一部の疾患について、定められた一定の要件を満たした場合に限られます。当院では、慎重に個々の状況を検討しますが、健康保険適用の条件をどうしても満たさない場合には、その理由を説明し、ご希望であれば自費にて検査を施行いたします。

### 【保険適用の場合】

PET単独 約25,000円

PET/CT 約30,000円

\*3割に相当する上記の金額をご負担いただきます

### 【自費診療の場合】

PET単独 100,000円（税抜き）

PET/CT 120,000円（税抜き）

\*全額のご負担となります

## 6. その他

検査結果の説明は主治医が行います。結果に関するお問い合わせは全て主治医にお尋ねください。

以上の説明を十分に理解したうえで、検査へ同意されましたら以下の同意書にご署名をお願いします。なお、ご不明な点がありましたら核医学センターにご相談ください。

上記の検査について、担当医から説明を受け内容を良く理解しましたので同意いたします。

署名年月日： 西暦 年 月 日

患者様 署名：

（患者様が未成年あるいは意識障害などの場合のみ代理人の方のご署名と続柄を記載）

代理人 署名：

続柄：

説明担当医 署名：

問合せ先：独立行政法人国立病院機構東京医療センター核医学センター電話番号：03（6859）1720

## 検査予約をする時の注意事項

### 1. 検査の申し込み方法について

1) 主治医の先生は、依頼される内容が保険適用に該当することを確認し、次にPET単独かPET/CTを希望されるかを決め、その他の必要事項を依頼状に記入してください。保険適用については「保険適用される要件」「保険適用を判断するポイント」を参考にして下さい。PET単独、PET/CTのいずれがより望ましいかは目的、部位により異なります。

- ① 悪性腫瘍の病期、転移、再発診断にはPET/CTの方がPET単独に比べて診断精度が高い。
- ② 解剖学的に複雑な部位はPET/CTが望ましい（頭頸部癌・肺癌・大腸癌・子宮癌・卵巣癌・食道癌など）。
- ③ リンパ節転移を確認したい場合、PETとCTを別々に行って相互を比較するより、PET/CTの融合画像を用いる方が診断精度が高い。
- ④ 心臓の検査はPET単独でのみ行う（必須）。

### 2. 検査を受けるにあたっての注意事項

#### 1) ブドウ糖摂取の制限

検査5時間前以降の食事、糖分含有の飲料ならびに点滴は中止して下さい。PET検査が午前中の場合には朝食中止、午後の場合には朝食半分・昼食中止にして下さい。

#### 2) 糖尿病

空腹時血糖値200mg/dl以上では原則として検査はできません。また当日の朝はインスリン、経口糖尿病剤（内服）を使用しないで下さい。インスリンを使わずに200mg/dl以下となるように食事制限などで調整して下さい。

#### 3) 検査後、周囲の人へ接触

妊婦と10歳以下の子供との接触はPET検査終了後、可能な限り2時間空けて下さい。

#### 4) 鎮静や介助を要する場合

移動に介助が必要な場合は、介助に伴う被ばく（胸部単純X線撮影1回分程度）について同意が得られた介助者（患者ご家族あるいは依頼主治関係者）を準備して下さい。鎮静が必要な患者には、撮影中における約30分間の完全な体動抑制ができるよう担当医師が同席し、鎮静処置等が行える準備をお願いします。

#### 5) 妊産婦の場合は検査できません。

### 3. お支払いについて

#### 【保険適用の場合】

PET単独 約25,000円

PET/CT 約30,000円

\*3割に相当する上記の金額をご負担いただきます

#### 【自費診療の場合】

PET単独 100,000円（税抜き）

PET/CT 120,000円（税抜き）

\*全額のご負担となります

※お支払いは現金、もしくはJCB、VISA、国内発行のAMEXクレジットカード  
がご利用いただけます。

問合せ先：独立行政法人国立病院機構東京医療センター核医学センター電話番号：03（6859）1720

## 保険適用に関する注意事項（医療機関用）

### I. 保険適用される要件

#### 1) てんかん

難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用。

#### 2) 虚血性心疾患

虚血性心疾患による心不全患者でバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る。

※心筋はPETに限ります。PET/CTは保険適用不可です。

#### 3) 悪性腫瘍（早期胃癌を除く）

他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

#### 4) 大型血管炎（高安動脈炎と巨細胞性動脈炎）

### II. 保険適用を判断するポイント

- ① 悪性腫瘍の鑑別診断には、使用できなくなりました。
- ② 悪性腫瘍であることが診断されていないと検査はできません。
- ③ 病期、転移、再発の目的で適用となるのは、他の検査を行って診断がつかない場合です。
- ④ 同一月内にCTを撮影している場合には、PET/CTではなくPETでのオーダーをお願いします。
- ⑤ 同一月内にガリウムシンチグラフィが行なわれている場合、PET・PET/CT共に保険適用になりません。
- ⑥ 大型血管炎の適応は大型血管炎と診断がついている患者の、病変の局在または活動性の診断です。不明熱の鑑別診断や疑い症例での診断目的の検査は適用なりません。

問合せ先：独立行政法人国立病院機構東京医療センター核医学センター電話番号：03（6859）1720

(様式2)

## 核医学検査共同利用申込書（診療情報提供書）

紹介日： 年 月 日

紹介先

独立行政法人国立病院機構  
東京医療センター

担当医宛

所在地

医療機関名

電話

FAX

医師名

印

下記患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。  
 なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

検査予定日時	年 月 日 ( ) 時 分			
フガナ: 患者氏名:	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女			
住所	〒 電話			
当院受診歴 (診察券番号: _____)	有・無 — — —	旧姓( )	※当院最終来院後、改姓された方のみ	
依頼検査	<input type="checkbox"/> 心筋血流シンチ(Tl 薬剤負荷) <input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ(MIBG安静) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(99mTc安静・認知症診断) <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(123I-IMP安静・血管狭窄診断) <input type="checkbox"/> 脳イオフルパンシンチ(ドーハミントンスポーター) <input type="checkbox"/> その他 _____			
検査目的 病状経過				

※太枠内をご記入ください

核医学センターFAX番号:03-6859-1720(平日9:00~15:30)

## ※注意事項

## ● 心筋血流シンチ

- 検査前日の21時以降、カフェインを含むものは禁止
- 検査当日の朝食は禁止
- 喘息は原則禁止

## ● 心筋交感神経シンチ

- ・レセルビン、三環系抗うつ剤は服用禁止

## ● 脳イオフルパンシンチ

- ・レセルビン、三環系抗うつ剤は服用禁止

(様式3)

## 栄養指導共同利用申込書(診療情報提供書)

紹介日： 年 月 日

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構  
東京医療センター

担当医 宛

依頼は循環器科が窓口です

所在地

医療機関名

電話

FAX

医師名

印

下記患者さんについて、栄養指導の共同利用を申し込みます。  
 なお、指導中に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ: 患者氏名:	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( )歳 男・女		
住所:	電話		
当院受診歴	有・無 (診察券番号: - - - )	旧姓( ) ※当院最終来院後、改姓された方のみ	
指導目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 心臓、高血圧食 <input type="checkbox"/> 高度肥満食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> その他		
事前確認項目	<input type="checkbox"/> 病名 : _____ <input type="checkbox"/> 身長 : _____ cm <input type="checkbox"/> 体重 : _____ kg		
依頼内容	希望される指導内容に記入をお願いします。 ( )Kcal、塩分( )g、蛋白( )g、カリウム( )g		
希望日 <b>火・金 11:30</b>	第一希望 年 月 日( )	第二希望 年 月 日( )	
健康保険証 ※コピーしたものをFAXしていただくか、下記に記入して下さい。			
保険者番号 :	① 公費番号 :		
記号 :	受給者番号 :		
番号 :	(本人・家族) (負担割合 : 1割・3割)		
② 公費番号 :	③ 公費番号 :		
受給者番号 :	受給者番号 :		
※太枠内をご記入ください			

地域医療連携室FAX番号:03-3411-2596(平日8:30~16:30)

(様式1)

## 医療機器共同利用申込書(診療情報提供書) Ver4

紹介日: 年 月 日

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構  
東京医療センター担当医宛

所在地			
医療機関名			
電話	FAX		
医師名	印		

下記患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。  
なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ: 患者氏名:	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 男・女		
住所:	電話		
当院受診歴	有・無 (診察券番号: - - - )	旧姓( )	※当院最終来院後、改姓された方のみ
依頼検査	<input type="checkbox"/> 筋電図(整形疾患用) <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)※1 <input type="checkbox"/> 磁気共鳴診断(MRI) (MRA希望の場合: <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA) (造影MRI希望の場合: <input type="checkbox"/> 造影あり ※2) <input type="checkbox"/> コンピュータ断層診断(単純CT) ※1内視鏡検査(胃カメラ)と造影 CT・造影 MRI には同意書(当院書式)の取得をお願いしております ※2造影依頼されている場合でも当院放射線科医の判断で造影を中止することがあります  <input type="checkbox"/> 呼吸機能スクリーニング(VC+FVC) <input type="checkbox"/> 呼吸機能セット(VC+FVC+FRC) <input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフ(簡易型) <input type="checkbox"/> 呼吸機能セット(VC+FVC+FRC+DLCO)		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> その他( )		
検査目的 病状経過			
造影の場合 (CT・MRI)	◆Cr値 ( mg/dL: 測定日 年 月 日 ) ◆気管支喘息( 有 無 )		
MRIの場合	◆心臓ベースメーカー( 有 無 ) ◆非チタン性脳動脈クリップ( 有 無 ) ◆閉所恐怖症( 有 無 )		
検査希望日	第一希望 年 月 日( )		第二希望 年 月 日( )
健康保険証 ※コピーしたものをFAXしていただき、下記に記入してください。			
保険者番号:	① 公費番号: 受給者番号: COVID-19 海外渡航歴 (有・無) 関連 濃厚接触 (有・無)		
記号:	② 公費番号: 受給者番号: 発熱 (有・無) 番号: (本人・家族) (負担割合: 1割・3割) 呼吸器症状 (有・無)		
③ 公費番号: 受給者番号:			

※太枠内をご記入ください

地域医療連携室FAX番号: 03-3411-2596(平日8:30~16:30)

Web-NTMC  MR問診票FAX済  検査オーダー済  
 管理台帳  造影同意書FAX済  申込書スキャン済

胃カメラ  
問診票・同意書  
FAX済

放射線科		日付	連携室
医師	技師		

