

登録医の手引き



独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター

令和7年3月

1. 登録医について

① 目的

- 地域医療の中核病院としての機能を十分に発揮し、紹介患者・救急患者の受け入れや施設・設備の共同利用、研修会などを通して地域医療全体の質的向上を図り、地域における良質な医療を提供することを目的としています。

② 登録医制度の内容

- 当院の登録医にご登録頂くことにより、下記についてご利用頂けます。
 - ・ 医療機器の共同利用(MRI・CT・SPECT-CT・DEXA)
 - ・ 紹介入院患者の共同利用(開放型病床)
 - ・ 図書室等の共同利用
 - ・ 当院が開催する研修会への参加
 - ・

③ 登録方法

- 登録医申請書に必要な事項を記入いただき当院地域医療連携室に申請を行って頂きます。
- 当院より登録医証とネームプレートを送付します。
- 登録のための費用はございません。
- 登録期間は1年とし、別段の申し出がない限り、自動更新するものとします。
- 登録医からの登録抹消の申し出または、当院院長が不相当と判断した場合は登録を取り消す場合があります。

④ 登録医の遵守事項

- 登録医は、当院において知り得た個人情報等については、守秘義務を負うこととします。
- 登録医として当院を利用する場合は、国立病院機構並びに当院の諸規定を遵守いただくと共に、来院の際は当院発行のネームプレートを着用してください。

⑤ 登録医に関する窓口

独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター 地域医療連携室
電話 0172-32-9902

2. 医療機器の共同利用について

① 利用できる医療機器

- コンピュータ断層撮影装置(CT)
- 磁気共鳴診断装置(MRI)
- RI装置(SPECT-CT)
- 骨塩定量装置(DEXA)

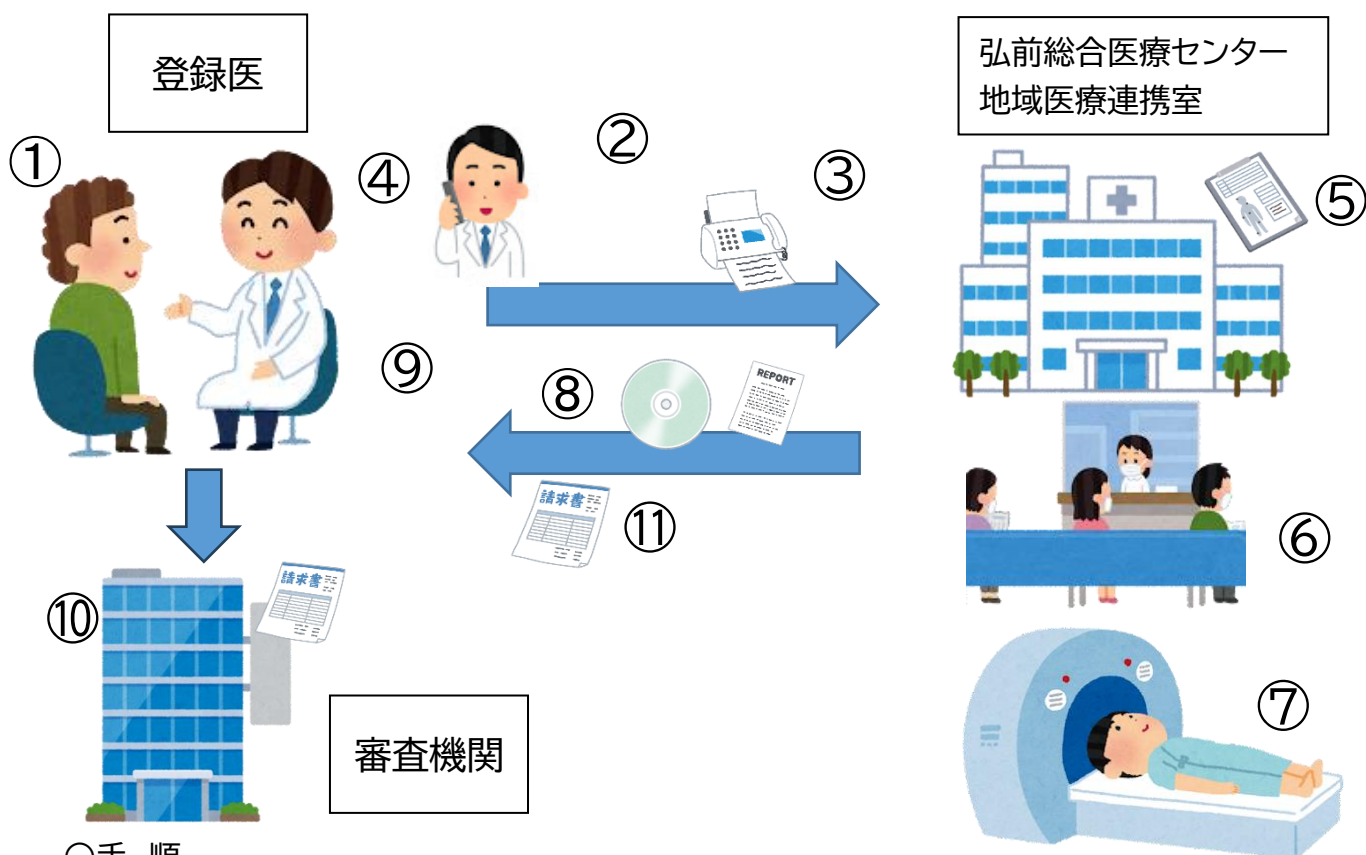
② 利用方法

- 医療機器のご利用方法は、従来の紹介制と共同利用のどちらかを選択頂けます。
初めてご利用になる場合は、地域医療連携室 0172-32-9902 にお問い合わせください。
- 「患者紹介状」(FAX 予約票・送信票)または「共同利用申込書」(FAX 予約票・送信票)に必要事項をご記入の上、当院への電話連絡、FAX をお願いします。
- 造影剤の使用がある場合は「造影剤同意書」を事前に FAX をお願いします。
また、MRI 検査の場合は「MRI 問診票」も FAX をお願いします。

③ 利用時間

- 利用時間は、原則として平日(土日、休日及び 12/29~1/3 を除く)の8時30分から17時15分までとします。
- なお、検査の立会をご希望される場合は、検査予約の際に放射線科受付にお知らせいただき、検査当日は、指定された日時の検査予約時間 30 分前までに放射線科受付にお越しく下さい。

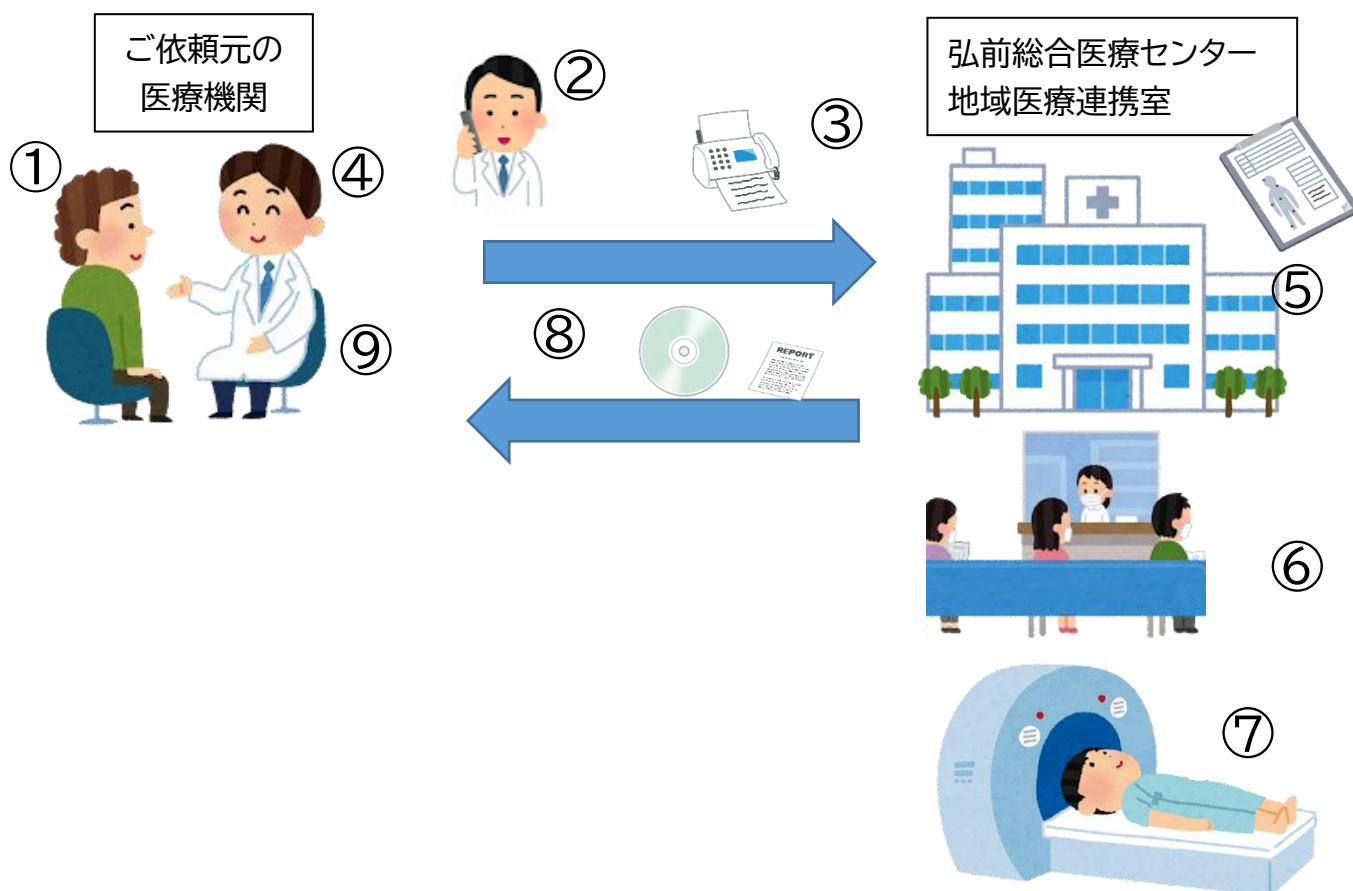
<医療機器の共同利用方法>



○手 順

- ① 登録医は、患者に検査の必要性の説明や造影剤使用時には同意を得ます。
- ② 登録医は、放射線科受付に電話し、検査予約を行います。
- ③ 登録医は、放射線科外来に「共同利用申込書(様式1)」をFAXします。MRI検査の場合は「MRI検査問診票(様式1-2)」も記入の上FAXします。
- ④ 登録医は、患者に当院の受診方法を説明します。造影剤を使用する場合は、「造影剤同意書(様式2)」を患者に渡し、記入の上予めFAXするよう説明します。
- ⑤ 地域医療連携室では、共同利用申込書をもとにカルテを作成します。
- ⑥ 患者は、指定された日時の検査予約時間30分前に来院し、新患受付及び放射線科受付で手続きをします。
造影剤を使用する場合は、記入した「造影剤同意書(様式2)」を持参します。
- ⑦ 検査実施後、患者は総合受付の①受付にファイルを提出し、帰宅します。
(当院での支払いはございません。)
- ⑧ 当院では、検査結果(DVD-R)と画像診断レポートを後日登録医に送付します。
骨塩定量検査の結果は、検査終了後、患者本人にお渡しします。
- ⑨ 登録医は、当該患者に検査結果を説明します。
- ⑩ 登録医は、共同利用により行なった検査等の診療報酬を請求します。
- ⑪ 当院では、翌月、登録医に利用料(撮影にかかる診療報酬の8割)を一括請求させていただきます。

<紹介による医療機器の利用方法>



○手順

- ① ご依頼元は、患者に検査の必要性の説明や造影剤使用時には同意を得ます。
- ② ご依頼元は、放射線科受付に電話し、検査予約を行います。
- ③ ご依頼元は、放射線科外来に「患者紹介状(様式 1-3)」を FAX します。
MRI 検査の場合は「MRI 問診票(様式 1-2)」を記入の上 FAX します。
造影剤を使用する場合は、「造影剤同意書(様式 2)」を記入の上予め FAX します。
- ④ ご依頼元は、患者に当院の受診方法を説明します。
- ⑤ 地域医療連携室では、患者紹介状をもとにカルテを作成します。
- ⑥ 患者は、指定された日時の検査予約時間30分前に来院し、新患受付及び放射線科受付で手続きをします。
造影剤を使用する場合は、記入した「造影剤同意書(様式 2)」を持参します。
- ⑦ 検査実施後、患者は総合受付の②会計にファイルを提出し、お会計します。
- ⑧ 当院では、検査結果(DVD-R)と画像診断レポートを後日ご依頼医に送付します。
骨塩定量検査の結果は、検査終了後、患者本人にお渡しします。
- ⑨ ご依頼元は、当該患者に検査結果を説明します。

当院のMRI装置

Philips社製 Ingenia ElitionX 3.0T



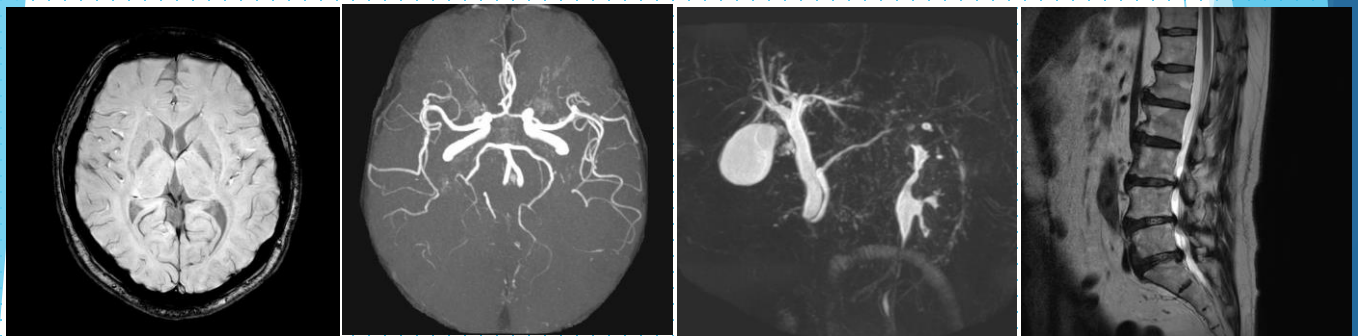
Siemens社製 Magnetom Aera 1.5T



当院では、1.5Tと3.0T計2台のMRIが稼働しています。

主に頭部（MRA含む）、脊椎、膝、肩、四肢、心臓、肝臓、MRCP（胆のう・膵臓・胆管）、前立腺、骨盤（婦人科系）、乳房等を撮影しています。

当院のMRI装置の画像



MRI検査申込の注意点

- ・身長、体重が必要です。
- ・閉所恐怖症がある方は検査ができない場合があります。
- ・30分程度仰臥位安静保持が必要になります。
- ・体内金属のある方は、その金属がMRI対応（1.5Tもしくは3T対応）であることの確認が必要です。確認が取れない場合は検査できません。
- ・MRI問診票を予め記入してFAXするようお願いいたします。
- ・心臓ペースメーカー植え込みの方は申込みできません。
- ・**造影検査**の場合は、あらかじめ同意書を取って頂き、申込時にFAXで提出してください。また、腎機能障害の有無、最新のクレアチニン値の情報が必要です。薬剤アレルギー、喘息がある場合は造影できない場合があります。

当院のCT装置

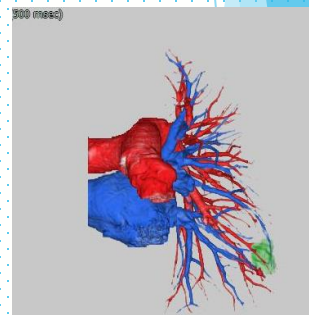
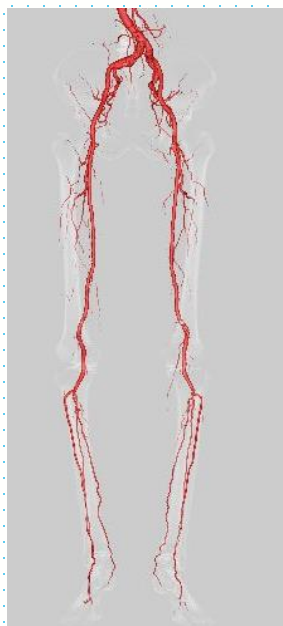
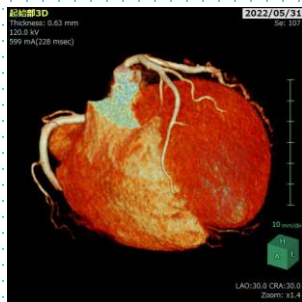
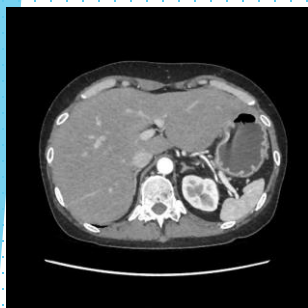
GE社製 Revolution Frontier 64列/128スライス

GE社製 Revolution GSI HD 64列/128スライス



当院では、64列マルチスライスCTが2台稼働しています。頭部、頸部、胸部、腹部、骨盤、心臓、脊椎、四肢等を撮影しています。また、胸部～骨盤など連続する部位であれば一度に撮影可能です。頭頸部、胸腹部、下肢等の血管目的の検査（造影が必要です）であれば、3DVR画像も作成致します。

当院のCT画像



CT検査申込の注意点

・**造影検査**の場合は、あらかじめ同意書を取って頂き、申込時にFAXで提出してください。また、腎機能障害の有無、最新のクレアチニン値、体重の情報が必要です。メトホルミン製剤を服用している場合は、休薬機関が必要なためご相談ください。薬剤アレルギー、喘息がある場合は造影できない場合があります。

当院のSPECT-CT装置

G E 社製 Discovery NM/CT 870 DR



当院では、16列マルチスライスCT搭載型SPECT装置が稼働しています。SPECT画像とCT画像のフュージョンにより、従来よりも高い画質と診断能が得られます。

検査の種類

- ・脳血流シンチ
 - ・ダットスキャン
 - ・甲状腺シンチ
 - ・骨シンチ
 - ・腎シンチ
 - ・レノグラム
 - ・ガリウムシンチ（炎症）
 - ・タリウムシンチ（腫瘍）
 - ・心筋血流
 - ・心筋交感神経機能（MIBG）
 - ・肺血流
- 等の検査が可能です。

RI検査申込の注意点

- ・注射時間と撮影時間が異なる検査があります。（骨シンチは注射後3時間後に撮影など）患者さんへ説明の前に確認お願い致します。
- ・同意書は不要ですが、各種負荷検査には対応しておりません。

骨塩定量検査

当院の骨密度装置

Hologic社製 Horizon Wi



腰椎と大腿骨の測定・解析を行います。
結果は依頼医師用と患者用の2種類のレポートを作成します。

骨密度測定結果

受診者番号	[REDACTED]			弘前総合医療センター
名前	[REDACTED]	種	[REDACTED]	
年齢・性別	81歳・女性	生年月日	1940/07/21	Tel: [REDACTED]
測定検査日	2022/05/31	測定部位	腰椎1234	FAX: [REDACTED]
身長	150.0 cm	体重	46.5 kg	

© 2012 Reference Japan L1234 F-Tscore F-Zscore

あなたの骨密度は **0.778 g/cm²** です
若い人と比較した値は **79 % -1.9SD** です
同年代と比較した値は **106 % 0.3SD** です

骨密度判定
コメント
今日の検査で、あなたの骨密度は、若い成人の平均値と比較した場合、少し低下が目立ちます。また、同年代の人と比べて標準値以上といえます。丈夫な骨を作るために、日常生活を見直し、バランスのよい食事や適度な運動を心がけましょう。(013)

印刷日時 2022年05月31日 16:23:23 Ver 3.06a

名前	[REDACTED]	性別	Female
受診者 ID	[REDACTED]	人種	アジア
Identifier 2	[REDACTED]	身長	150.0 cm
登録番号	[REDACTED]	体重	46.5 kg
性別	Female	生年月日	07/21/1940
人種	アジア	Age	81
身長	150.0 cm	測定部位	L1~L4
体重	46.5 kg	測定日時	05/31/2022 16:21
生年月日	07/21/1940	測定時間	06:29:2022 16:23
測定部位	L1~L4	測定場所	Horizon Wi (S/N:059436)
測定日時	05/31/2022 16:21	測定者	[REDACTED]

部位	骨塩量 [g]	骨密度 [g/cm ³]	T-スコア	YAMs [Peak年齢]	Z-スコア	年齢相対値 [%] (若年-80)
L1	11.77	0.79	-0.47	-1.6	80	0.4
L2	14.00	1.059	0.751	-0.1	77	0.2
L3	13.63	1.039	0.762	-0.2	76	0.1
L4	15.14	1.271	0.840	-1.7	82	0.5
L1~L4	54.63	42.48	0.778	-1.9	79	0.3
L2~L4	42.86	32.69	0.766	-1.9	78	0.2

測定結果
測定日時: 2022年05月31日 16:23:23 Ver 3.06a

3. 開放型病床について

① 利用できる病床について

- 利用可能な病床数は5床
- 入院診療を行っているすべての診療科が対象で、主たる診療科の病棟の病床を利用いただきます。

② 開放型病床の利用の手順

- (1)登録医は開放型病床の利用をする場合、事前に入院および開放型病床共同指導料について患者の同意を得ます。
- (2)共同診療の実施日時は、センター診療科責任者と事前に調整します。
- (3)共同診療を行う場合、登録医は地域医療連携室に「開放型病床利用申込書兼診療情報提供書(様式3)」および「開放型病床入院承諾書(様式4)」(以下「申込書等」という。)をFAXします。
- (4)センター地域医療連携室は登録医へ「開放型病床利用回答書(様式5)」をFAXで送信します。
- (5)登録医は患者へ入院日時、入院方法を説明します。
- (6)地域医療連携室では、「申込書等」を基にカルテを作成します。
- (7)患者は指定された日時に来院し、入院受付へ「申込書等」を提出します。
- (8)地域医療連携室では、患者を入院病棟までご案内します。

③ 共同指導の内容

- (1)登録医は、可能な限り開放型病床に入院した患者を訪問し、センターの担当医または看護師等との共同診察および共同指導を行います。
- (2)患者の治療方針は、登録医と当院の担当医が協議のうえ決定しますが、直接の診療行為は、原則として当院の担当医が行います。
- (3)登録医は、担当医の了解を得て、患者の検査、手術、カンファレンス等に立ち会うことができます。
- (4)退院については、登録医と当院担当医が協議のうえ決定します。ただし、死亡退院の場合は、当院担当医が速やかに登録医に連絡します。

④ 共同指導の方法および留意点

- (1)登録医は、診療の日時について、予め病棟看護師長に連絡します。
- (2)病棟看護師長は、担当医に連絡し、調整します。
- (3)登録医は、開放型病床への入退室の際は、当該病棟看護師に声をおかけください。
- (4)登録医は、共同診察した場合、「共同診療実施記録票(様式6)」に必要事項を記載し、1部は当院で、もう1部は自院で記録として保管します。

- (5) 当院では、白衣及び当院の地域医療連携室でお渡しするネームプレートを着用してください。
- (6) 登録医は共同診療に必要な投薬、検査、処置等の診療行為が必要な場合、当院医師を介して指示するものとし、医薬品および診療材料は、当院の採用品を使用させていただきます。
- (7) 登録医は必要に応じて院内カンファランスに出席することができます。
- (8) 患者の病状に応じて、開放型病床以外の病床に転床できます。
- (9) 患者が急変した場合の連絡先として、登録医は緊急連絡先を予め当院医師に伝えてください。
- (10) 入院期間は概ね20日以内とし、退院日は登録医と当院医師が協議して決定する。なお、転院が必要な場合、登録医は当院医師に協力してください。

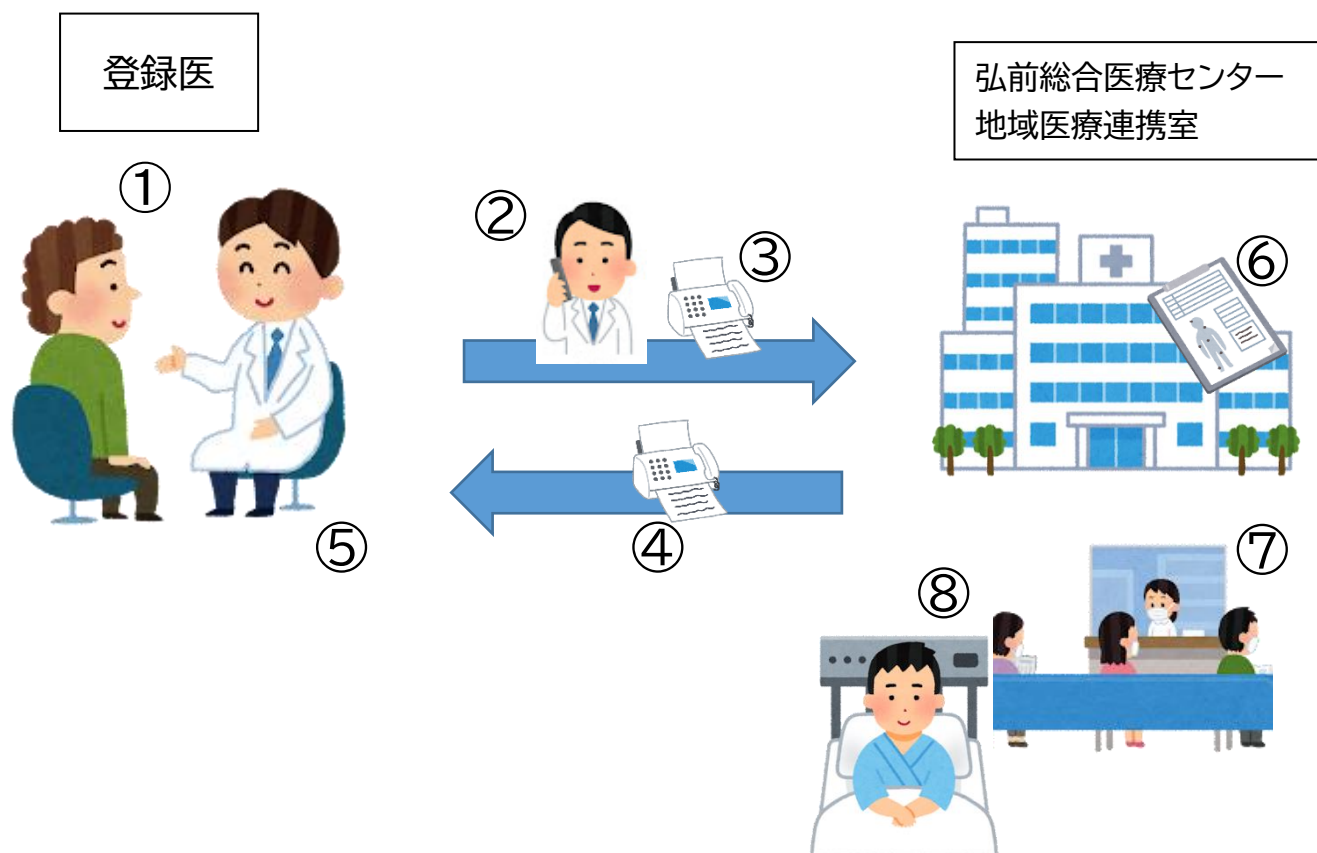
⑤ 利用時間

- (1) 利用時間は、原則として平日(土日、休日及び 12/29~1/3 を除く)の8時30分から17時15分までとしますが、センター医師との合意がある場合は、前述以外の時間も利用可能です。

⑥ 共同指導の方法および留意点

- 登録医療機関では、当院が翌月に送付する開放型病床共同指導月報、共同診療実施記録票及び自院診療録等に基づいて、開放型病床共同指導料(Ⅰ)の診療報酬請求を行います。

<開放型病床の利用方法>



- ① 登録医は開放型病床の利用をする場合、事前に入院および開放型病床共同指導料について患者の同意を得ます。
- ② 共同診療の実施日時は、センター診療科責任者と事前に調整します。
- ③ 共同診療を行う場合、登録医は地域医療連携室に「開放型病床利用申込書兼診療情報提供書(様式3)」および「開放型病床入院承諾書(様式4)」(以下「申込書等」という。)をFAXします。
- ④ センター地域医療連携室は登録医へ「開放型病床利用回答書(様式5)」をFAXで送信します。
- ⑤ 登録医は患者へ入院日時、入院方法を説明します。
- ⑥ 地域医療連携室では、「申込書等」を基にカルテを作成します。
- ⑦ 患者は指定された日時に来院し、入院受付へ「申込書等」を提出します。
- ⑧ 地域医療連携室では、患者を入院病棟までご案内します。

3. 施設の共同利用

① 利用できる施設

- (1)会議室
- (2)図書室

② 利用方法

- (1)登録医は、「施設・設備利用申請書(様式7)」を地域医療連携室に提出します。
- (2)ご利用の際は、地域医療連携室に声をおかけください。
- (3)ネームプレートを忘れた場合は、施設を御利用できない場合があります。

③ 利用できる時間

- 利用時間は、原則として平日(土日、休日及び 12/29～1/3 を除く)の8時30分から17時15分までです。

④ その他

- 利用についての詳細は、地域医療連携室(0172-32-9902)にお問い合わせください。

4. 研修会等について

① 研修の種類

- (1)医学・医療に関する研修会、講習会等
- (2)医師、歯科医師、看護師等を対象とする症例検討会
- (3)臨床病理カンファレンス(CPC)
- (4)当院が講師を派遣する研修会、講習会等
- (5)その他医療従事者の資質の向上を図るための研修会等

② 研修会等の参加方法

- 開催時に開催のお知らせと申込書をFAX、メール等によりお送りいたしますので、申込書をFAX、メールでお送りください。
- 研修会等の会場において、参加者名簿に必要事項を御記入ください。

*予約は、TEL : 0172 (32) 9993 (放射線科外来直通) にて 8 時 30 分から 17 時 (土・日・祝日除く) まで受付しております。

*予約確認後は、FAX : 0172 (32) 9943 にて患者情報などを送信願います。

FAX 予約票 (送信票)

令和 年 月 日

共同利用申込書

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター
放射線科 行

紹介元医療機関
名称・所在地
医師名

電話 (- -)

FAX (- -)

(フリガナ)

患者氏名 _____ 性別 男・女 _____

生年月日 年 月 日生 () 才 _____

住所 _____ 電話(連絡先) _____

オーダー項目 CT MRI RI 骨密度

予約年月日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

検査部位 【 _____ 】 単純・ 造影 (検査日に、同意書を持参して下さい)

紹介目的及び現病名、既往歴

[_____]

※下記項目に記入してください。

● 共通チェックリスト (CT・MRI・RI・骨密度)

- 1 妊娠 (無・有) 妊娠週数 (週)
- 2 身長 cm 体重 kg

● MRI チェックリストは MRI 検査問診票を
確認後、そちらに必要事項をご記入ください。

● CT チェックリスト

- 1 重篤な心疾患 無・有 ()
- 2 甲状腺異常患 無・有 ()
- 3 糖尿病 無・有 ()

○お薬を内服の方は、内容のわかるものを持参し
て下さい。(お薬手帳など)

● CT・MRI 造影時チェックリスト

- 1 薬剤アレルギー 無・有 ()
- 2 喘息 無・有 (最終発作:)
- 3 腎機能障害 (無・有)
クレアチニン _____ mg/dl (月 日)
- 4 感染症 (無・有)
HBsAg (+・-) HBsAb (+・-)
HCV (+・-) MRSA (+・-)
Others (+・-)

MRI検査 問診票

患者氏名 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

※ 該当する有無を四角の中にチェックして下さい



有 無

- 装飾のあるネイル(当日不可)
- つけまつげ・ラメ等(当日不可)
- コンタクトレンズ(眼鏡持参)
- 義歯(矯正ワイヤーは可能テスラ確認必要)

有 無

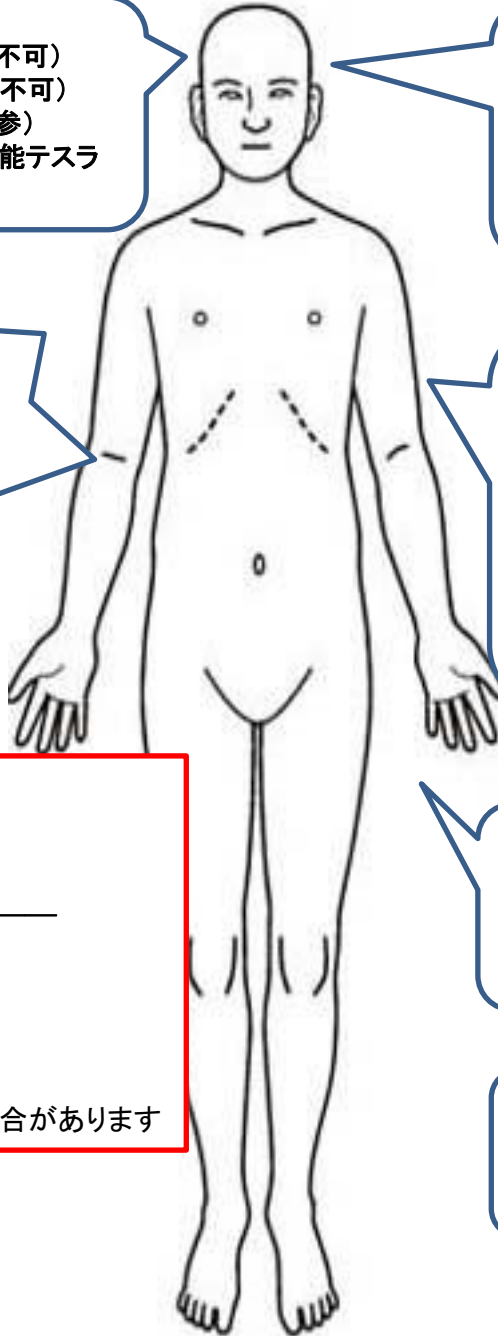
- 人工内耳
- 歯科 インプラント
- 脳脊髄刺激装置
- 義眼
- 脳動脈瘤クリップ・コイル
- 脳室シャント
- 眼科 アイステント

有 無

- 閉所恐怖症
- 30分以上の安静保持
 可 不可

有 無

- 心臓ペースメーカー
- 冠動脈ステント
- 植込み型除細動器
- 刺青(アートメイクも含む)
- 心臓人工弁
- 胸腹部ステントグラフト
- 静脈フィルター
- インシュリン注入ポンプ
- 持続血糖測定器(リブレ等)



※体内金属がある場合
 下記に記入してください。

部位: _____

- MRI非対応
 - 1.5テスラ対応
 - 3.0テスラ対応
 - 3.0テスラ非対応
- 不明の場合は検査が出来ない場合があります

有 無

- 妊娠中
- 尿道カテーテル
(DIBキャップという磁石の蓋がある)
- 人工関節(部位: _____)

有 無

- その他体内に金属が入っている。
(部位: _____)

●やけど、画像不良、機器の故障原因、そのほか身体に及ぼす悪影響の無いよう「安全」に努めます●

ご協力ありがとうございました

*予約は、TEL : 0172 (32) 9993 (放射線科外来直通) にて 8 時 30 分から 17 時 (土・日・祝日除く) まで受付しております。

*予約確認後は、FAX : 0172 (32) 9943 にて患者情報などを送信願います。

FAX 予約票 (送信票)

令和 年 月 日

患 者 紹 介 状

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター
放射線科 行

紹介元医療機関
名称・所在地
医師名

電話 (- -)
FAX (- -)

(フリガナ)

患者氏名 _____ 性別 男・女 _____

生年月日 年 月 日生 () 才 _____

住所 _____ 電話 (連絡先) _____

オーダー項目 CT MRI RI 骨密度

予約年月日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

検査部位 【 】 単純・造影 (検査日に、同意書を持参して下さい)

紹介目的及び現病名、既往歴

※下記項目に記入して下さい。

●共通チェックリスト (CT・MRI・RI・骨密度)

- 1 妊娠 (無・有) 妊娠週数 (週)
- 2 身長 cm 体重 kg

●MRI チェックリストは MRI 検査問診票を
確認後、そちらに必要事項をご記入ください。

●CT チェックリスト

- 1 重篤な心疾患 無・有 ()
- 2 甲状腺異常患 無・有 ()
- 3 糖尿病 無・有 ()

○お薬を内服の方は、内容のわかるものを持参して
下さい。(お薬手帳など)

●CT・MRI 造影時チェックリスト

- 1 薬剤アレルギー 無・有 ()
- 2 喘息 無・有 (最終発作:)
- 3 腎機能障害 (無・有)
クレアチニン _____ mg/dl (月 日)
- 4 感染症 (無・有)
HBsAg (+・-) HBsAb (+・-)
HCV (+・-) MRSA (+・-)
Others (+・-)

説明と同意書

<説明内容> CT造影剤使用

ID
番号 _____

氏名 _____ 性別 男 女

生年
月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

この検査・治療を受けられる前に内容についてご説明します。内容を十分に理解し納得した上で、同意される場合には同意書に署名をお願いします。わからないことがありましたら些細なことでも結構ですので質問してください。

1) 現在の病状、診断名、重症度

2) 必要とされる医療（手術、麻酔、検査、その他の治療法）

今回実施するCT検査では「ヨード造影剤」という薬の注射をする場合があります。腎機能が正常であれば、注射後6時間で約90%が腎臓から尿として排泄され、やがてすべてが体外に排泄されます。静脈内に投与された造影剤は血管を介して全身の臓器に分布し、血管腔の状態、臓器や病変部の血流状態、造影剤の分布がわかり、**画像診断上、重要な情報となることがあります。**造影剤を使うかどうかは検査の部位や目的によってさまざま、専門の放射線医が判断します。なお、造影剤は体重により使用する量が異なります。造影剤を使うと、まれに副作用が起こることもあります。アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性がそれ以外の方の約3倍多いとされ、なかでも喘息の方は約10倍といわれています。副作用は下記のようなものです。

3) 上記医療の予想される効果と限界

4) 上記医療を受けない場合に予想される病状の推移と可能な他の治療法

5) 起こりうる合併症と危険性・死亡の可能性

軽い副作用 吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などです。検査の1～2日後に発疹が現れることもあります。これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。この確率は100人につき5人以下です。

重い副作用 呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用は入院治療が必要な場合があり、後遺症が残る可能性があります。この確率は6,000～8,000人につき1人程度（約0.01～0.02%）です。症状、体質によりますが40万人に1人の死亡例報告があります。

造影剤を注射するときは

体が熱くなることがありますが、これは造影剤の直接の刺激であり心配ありません。

勢いよく造影剤を注入するため、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合は注射した部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収され、心配ありません。漏れた造影剤が非常に多い場合は特別の治療が必要となることもありますが、非常にまれです。

※緊急時の対応: 当院では検査中、看護師が患者様の様子を観察し、必要があれば医師も立ち会い、万一の副作用に対して素早く対応できるようにした上で、検査を実施しています。

もし、検査中に変だと感じたら、ためらわずにおっしゃってください。その他わからないことや、気になることがあれば検査担当者にお申し出下さい。

説明と同意書

＜説明内容＞MRI造影剤 [EOB (プリモビスト)]を含む]

ID
番号 _____

氏名 _____ 男 女

生年
月日 _____ 年 月 日 歳

この検査・治療を受けられる前に内容についてご説明します。内容を十分に理解し納得した上で、同意される場合には同意書に署名をお願いします。わからないことがありましたら些細なことでも結構ですので質問してください。

1) 現在の病状、診断名、重症度

2) 必要とされる医療（手術、麻酔、検査、その他の治療法）

希望する薬剤を選択してください。

ガドリニウム

EOB（プリモビスト）

※ 実際に使用する造影剤は検査の内容によって上記造影剤内で変更が生じることがあります。

今回実施するMRI検査では「ガドリニウム造影剤」という薬を注射します。腎機能が正常であれば、注射後6時間で約80%以上が腎臓から尿として排泄され、やがてすべてが体外に排泄されます。静脈内に注入された造影剤は血管を介して全身の臓器に分布し、血管腔の状態、臓器や病変部の血流状態、造影剤の分布がわかり、画像診断上、重要な情報となることがあります。造影剤を使うかどうかは検査の部位や目的によってさまざまで、専門の放射線科医が判断します。なお、造影剤は体重により使用する量が異なります。

EOB（プリモビスト）もガドリニウムを含む造影剤ですが、肝臓の小さな病変を見やすくし、病変の診断をするために用います。注射したあと一部は血管内から肝臓の細胞に取り込まれます。肝臓の細胞に取り込まれた造影剤はゆっくりと胆汁に排出されます。肝臓に取り込まれない造影剤は投与後6時間で80%が尿中に排泄されます。こうして投与後4日目までに57%が尿中に、39%が糞中に排出されます。

造影剤を使うと、まれに副作用が起こることもあります。アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性がそれ以外の方と比べ3.8倍、喘息の方は1.5倍多いといわれています。副作用の種類は下記のようなものです。

3) 上記医療の予想される効果と限界

4) 上記医療を受けない場合に予想される病状の推移と可能な他の治療法

5) 起こりうる合併症と危険性・死亡の可能性

軽い副作用

頭痛、嘔吐、顔面紅潮、かゆみ、くしゃみ、発疹などです。これらは一過性のもので治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。この確率は100人につき1人程度です。

重い副作用

呼吸困難、肺水腫、ショック、視覚障害、痙攣などです。この確率は4万人に1人以下です。100万人に1人程度で死亡例が報告されています。

血管外漏出

検査によっては勢いよく造影剤を注入する場合があります、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合は注射した部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収され、心配ありません。特別な治療が必要となることもありますが、非常にまれです。

※緊急時の対応: 当院では検査中、看護師が患者様の様子を観察し、必要があれば医師も立ち会い、万一の副作用に対して素早く対応できるようにした上で、検査を実施しています。

もし、検査中に変だと感じたら、ためらわずにおっしゃってください。その他わからないことや、気になることがあれば検査担当者にお申し出下さい。

I D番号： 氏名： 様

●以下の記入をお願いします。(MRI造影剤使用に関するチェックリスト)

1. 今まで、造影剤(注射、点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？
 なし あり CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI検査、その他
2. 今までに上記の薬も含めて、薬や食べ物でアレルギー症状がでたことがありますか？
 なし あり ()
3. 今までにあなた、または血縁者が喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？
 なし あり (時期)
4. 今までに重い腎臓の病気があるといわれたことがありますか？
 なし あり ()
5. 現在、βブロッカーを使用していますか？
 なし あり (薬のなまえ)
6. 現在、妊娠中、またはその可能性がありますか？
 なし あり わからない

6) 予測できない偶発症の可能性と対応策

診療中、入院中に脳梗塞や脳出血、心筋梗塞などの予測できない偶発症が起こる可能性があります。また起こりうることをすべてを説明することは不可能です。詳しく知りたい方は担当医へ質問してください。説明できなかった合併症や副作用も、出来る限り起きないように細心の注意を払います。起きそうになった場合や起きた場合は迅速かつ適切に対応します。ただ、あらゆる医療行為には限界があり、患者さんによっては不幸にも重い「合併症」や「副作用」といった望まぬことが起きるかもしれないことをご理解ください。

7) 治療予定の変更やそれに伴う費用負担について

合併症や、病状、副作用のために当初予定した検査・治療が変更・中止、また当初の目的が達せられなくなることがあります。この場合や合併症に対しての治療が必要になった場合も、保険制度上費用の自己負担が発生することをご理解ください。

8) セカンドオピニオン

ご自身の病気の診断や治療について他の病院を自由に選択し意見を求めることができます。セカンドオピニオンについてお聞きになりたいときには、いつでも医師または看護師へご相談ください。

9) 同意を撤回しても不利益は受けないこと

実施前であればあなたの希望によりいつでも同意を取り消し検査や治療を中止することができます。その場合でも何ら不利益な取り扱いを受けることはありません。

10) 治療を辞退できること

診療に同意されず、診療を辞退することもできます。その場合でも何ら不利益な扱いを受けることはありません。

11) 遠慮なく質問できること

ご不明な点、疑問点がありましたら、スタッフにいつでもご相談下さい。

12) その他必要と思われる事項

説明年月日： _____

説明医師： _____ 看護師等： _____

上記説明を受けて、治療(検査)を受けることに同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 氏名： _____

* 患者本人が意思決定能力のない18歳未満の場合、意識障害、病状等により同意署名ができない場合は、代諾者等氏名欄以下にご記入ください。

代諾者等 氏名 _____ (患者様との関係： _____)

代諾者等 住所 _____

代諾者等 電話番号： _____

(患者本人が署名できない理由： _____)

同席者 氏名： _____ (患者様との関係： _____)

独立行政法人国立病院機構 弘前総合医療センター 電話0172-32-4311

説明と同意書

〈説明内容〉ボースデル使用MRCP

ID
番号

氏名 _____ 性別 男 女

生年 年 月 日 年齢 _____ 歳
月 日

この検査・治療を受けられる前に内容についてご説明します。内容を十分に理解し納得した上で、同意される場合には同意書に署名をお願いします。わからないことがありましたら些細なことでも結構ですので質問してください。

1) 現在の病状、診断名、重症度

2) 必要とされる医療（手術、麻酔、検査、その他の治療法）

今回実施するMRI(MRCP)検査では T2強調画像で低信号強度になる性質を利用し、胆管や膵管を見やすくしたり、T1強調画像で高信号強度となる性質を利用して腸管を区別したりする目的の為に”ボースデル”という経口消化管造影剤を飲む場合があります。この造影剤は液状の造影剤で250ml中に塩化マンガン四水和物36mg(マンガンとして10mg)、添加物として還元水飴(食品に含まれる糖アルコールの一種で医薬品ではありません。大福餅、アイスクリームなどの多くの食品で使用されています)、キサントガム(一般的に食品に使用される安定剤です)を含有します。投与された本剤由来のマンガンはその大部分が未吸収のまま便として排泄されます。僅かに吸収されたマンガンは胆汁を介し、これも便中に排泄されます。通常は成人に対し本剤250mlを飲用してもらいます。

投与できない場合

消化管穿孔またはその疑いがある

以前この造影剤で過敏症症状が出たことがある

併用薬との相互作用の注意

テトラサイクリン系経口抗生物質、ニューキノロン系経口抗菌剤、セフジニル(第三世代セフェム系抗生物質)は併用で作用が減弱するおそれがあるので、造影剤検査終了後3時間程度服用時間をあける

妊婦、産婦、授乳婦への投与の注意

診断上有益な場合のみ投与、授乳中の婦人には本剤投与後48時間は授乳を避ける

小児への投与の注意

使用経験は少ないので安全性は確立していない

3) 上記医療の予想される効果と限界

4) 上記医療を受けない場合に予想される病状の推移と可能な他の治療法

5) 起こりうる合併症と危険性・死亡の可能性

副作用

消化管症状：軟便(5%以上)、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、胸焼けなど(0.1-5%)

精神神経系：眠気、頭痛など(0.1-5%)

その他：血清鉄低下、血清フェリチン減少、尿蛋白、尿糖など(0.1-5%)

上記の副作用が生じた場合には速やかに適切な処置がとられる状態で造影剤は投与されます。

6) 予測できない偶発症の可能性と対応策

診療中、入院中に脳梗塞や脳出血、心筋梗塞などの予測できない偶発症が起こる可能性があります。また起こりうることをすべてを説明することは不可能です。詳しく知りたい方は担当医へ質問してください。説明できなかった合併症や副作用も、出来る限り起きないように細心の注意を払います。起きそうになった場合や起きた場合は迅速かつ適切に対応します。ただ、あらゆる医療行為には限界があり、患者さんによっては不幸にも重い「合併症」や「副作用」といった望まないことが起きるかもしれないことをご理解ください。

7) 治療予定の変更やそれに伴う費用負担について

合併症や、病状、副作用のために当初予定した検査・治療が変更・中止、また当初の目的が達せられなくなることがあります。この場合や合併症に対しての治療が必要になった場合も、保険制度上費用の自己負担が発生することをご理解ください。

8) セカンドオピニオン

ご自身の病気の診断や治療について他の病院を自由に選択し意見を求めることができます。セカンドオピニオンについてお聞きになりたいときには、いつでも医師または看護師へご相談ください。

9) 同意を撤回しても不利益は受けないこと

実施前であればあなたの希望によりいつでも同意を取り消し検査や治療を中止することができます。その場合でも何ら不利益な取り扱いを受けることはありません。

10) 治療を辞退できること

診療に同意されず、診療を辞退することもできます。その場合でも何ら不利益な扱いを受けることはありません。

11) 遠慮なく質問できること

ご不明な点、疑問点がありましたら、スタッフにいつでもご相談下さい。

12) その他必要と思われる事項

説明年月日： 年 月 日

説明医師： 看護師等：

上記説明を受けて、治療(検査)を受けることに同意します。

同意年月日： 年 月 日

本人 氏名： _____

* 患者本人が意思決定能力のない18歳未満の場合、意識障害、病状等により同意署名ができない場合は、代諾者等氏名欄以下にご記入ください。

代諾者等 氏名： _____ (患者様との関係： _____)

代諾者等 住所： _____

代諾者等 電話番号： _____

(患者本人が署名できない理由： _____)

同席者 氏名： _____ (患者様との関係： _____)

独立行政法人国立病院機構 弘前総合医療センター 電話0172-32-4311

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

弘前総合医療センター 院長 殿

登録番号

登録医療機関名

登録医師名



弘前総合医療センター開放型病床申込書兼診療情報提供書

(フリガナ) 患者氏名		性別	男・女	
		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日()歳	
住 所 連絡先	〒 — Tel ()		職業	
診療科		入院希望 日 時	令和 年 月 日 午前 ・ 午後	
傷病名		既往歴 及 び 家族歴		
症状、治療 経過及び 検査結果				
現在の 処方内容				
留意事項	希望病室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 移動 <input type="checkbox"/> 自力可能 <input type="checkbox"/> 不可() 認知レベル <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度(助言や介助の必要がない、または軽度) <input type="checkbox"/> 中等度以上(助言や介助が必要、目が離せない状態) 褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
その他 連絡事項				

※本文書を患者に交付し、病院受付に提示する

令和 年 月 日

弘前総合医療センター—開放型病床入院承諾書

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター 院長 殿

住所：

氏名：



生年月日：

この度、私が独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センターに入院するにあたり、下記の内容についての（*登録番号及び登録医師名）より説明を受けたうえで、「開放型病床」を利用し、これに伴う診療費用を負担することを承諾します。

記

一般の入院費用とは別に、かかりつけの医師の往診1回につき下記の自己負担が発生します。ただし、乳幼児医療や身体障害者医療等、公費扱いになっている方は、自己負担がありません。

負担割合	かかりつけ医師からの請求	当院からの請求
1割の方	1回につき 350円	1回につき 220円
2割の方	1回につき 700円	1回につき 440円
3割の方	1回につき 1,050円	1回につき 660円

開放型病床利用回答書

年 月 日

様

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター 院長

年 月 日付で申請のあった、下記患者の開放型病床利用について回答いたします。

記

患者氏名

生年月日 年 月 日

性別

- 許可します。
- 下記理由により、許可できません。
(理由)

※注意事項

1. 入院となった患者の治療方針等に対しては、当院の担当医と十分調整してください。
2. 診療日及び時間は、あらかじめ診療時間内に病棟看護師長に連絡してください。病棟看護師長は 担当医に連絡し、調整します。
3. 診療には、白衣及び当院が配布するネームプレートを着用してください。
4. 診療終了後は、「共同診療実施記録票」に必要事項を記入してください。
5. 本回答書の写を患者に交付し、病院の入院受付へ提出するように説明してください。

共同診療実施記録票

診療年月日	年 月 日		
登録番号及び 登録医療機関名	登録番号: 第 号 登録医療機関名:		
開放型病床	号室		
患者名	(生年月日 年 月 日) (性別 男 - 女)		
登録医師名		担当医師名	
診療及び指導内容			

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター院長 殿

登録番号
登録医療機関名
登録医師名

㊦

弘前総合医療センター施設利用申請書

貴院の施設を利用したので、独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター共同利用運営規程第3条に基づき、申請します。

記

1. 利用日時 令和 年 月 日()
午前・午後 時 ～ 時まで

2. 利用する施設

大会議室 図書室

3. 利用目的