

## 地域連携における検査項目一覧表

❖結果は紹介元医療機関へ後日郵送します。  
結果説明は、紹介元の先生から患者さまへお願いします。

検査項目	検査時間	問診科	月	火	水	木	金	注意事項
胃内視鏡 ※①	9:00~	なし	桐山	竹田	北畠	谷川	北畠	①抗凝固剤・抗血小板剤を服用の場合、休薬なしで生検が可能です。ワーファリンを服用の患者さんは、検査当日に採血を行い、PT-INR値が3.0未満であることを確認してから生検を行います。 ※3.0以上の場合は内視鏡検査は行えません。
			久永	/	/	/	/	
			北畠	/	/	/	/	
胃内視鏡+腹部US 同日検査 ※①	8:30~	なし	○	○	○	○	○	
CT ※②③④⑤	①14:00~ ②14:20~	部位によって 問診科が変わります	△ ※⑤	△ ※⑤	○	△ ※⑤	△ ※⑤	②大垣市民病院紹介・予約申込書に「問診科」「部位」の記載と、単純検査・造影検査のいずれかを必ず選択してください。 ③造影検査を希望の場合、検査日から概ね1週間以内のCr値・eGFR値の採血結果が必要となります。「薬剤アレルギー」「喘息」「体内金属」の有無もお知らせください。 ④造影CT検査を希望の場合、ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方は検査当日と検査後2日間(合計3日間)の中止を指示してください。 ⑤「頭頸部・耳鼻いんこう科」で問診の場合、火・木曜は検査不可。「歯科口腔外科」で問診の場合、火・金曜は検査不可。「神経内科」で問診の場合、月曜は検査不可。「泌尿器科」で問診の場合、火・金曜は検査不可。
			△ ※⑤	△ ※⑤	○	△ ※⑤	△ ※⑤	
MRI ※②③⑤	①14:00~ ②14:30~		△ ※⑤	△ ※⑤	○	△ ※⑤	△ ※⑤	
PET-CT ※⑥⑦	11:30~	放射線科	○	○	○	○	○	⑥予約申込みに必要な書類が2種類あります。「診療情報提供書(兼)PET-CT検査地域連携 依頼書」「PET-CT検査問診票および同意書(地域連携)」を同時にFAXしてください。 ⑦予約申込みは3日前までをお願いします。
骨シンチ ※⑧	注射13:30~ 撮影16:00~	消化器内科	/	/	○	/	/	⑧予約申込みは前日の16時までをお願いします。
US	14:00~	消化器内科	○	○	○	○	○	⑨検査当日の昼食は絶食です。
		循環器内科	○	○	○	○	○	
		頭頸部・耳鼻いんこう科	○	/	○	/	○	
		泌尿器科	○	/	○	/	/	⑩尿を貯めた状態での検査になります。
		循環器内科	○	○	○	○	○	
UCT(心臓)								
トレッドミル負荷試験※⑪	15:00~	循環器内科	○	/	/	/	/	⑪予約申込みは7日前までをお願いします。
スパイログラム※⑫	16:00~	呼吸器内科	/	○	/	/	/	⑫予約申込みは前日までをお願いします。

胃内視鏡検査欄にある名前は各曜日毎の担当医師名です。○=検査可能日、△=検査不可の診療科あり