

# 診療情報提供書 (紹介元医療機関控)

【予約日時】 平成 年 月 日 時 分

紹介先医療機関：仙台総合放射線クリニック  
FAX：022(346)1805  
画像診断 担当医 殿

ふりがな 患者氏名	性別
様	
生年月日 年 月 日 ( 歳)	職業
患者住所 〒 TEL: ( )	
移動方法: <input type="checkbox"/> 歩行可 ( ) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

紹介元医療機関	
TEL:	
診療科	担当医師氏名

## ■傷病名

■紹介目的 (依頼する画像診断) : CT MRI RI (SPECT) FDG-PET

■造影の有無 (CT/MRI) : 単純のみ 造影希望 紹介先委任

■検査部位 (下記から選択 CTは頭頸部～骨盤の複数部位選択可、MRIは一部位のみ、ただし脊椎は複数部位可)

CT/MRI: 脳 頭頸部 胸部 腹部 骨盤  
頸椎 胸椎 腰仙椎 上肢 下肢  
血管系 MRA MRCP その他 ( )

RI (SPECT) : 骨シンチ 脳血流SPECT その他: \_\_\_\_\_ (事前にお問合せ下さい)

■検査部位 (詳細) :

■現病歴および画像診断で知りたいこと:

■結果のお渡し: 紹介元医療機関へ郵送 患者さまお持ち帰り ■画像: CD-ROM フィルム

■既往歴・家族歴:

・当クリニックでの検査歴: 無 有 ( CT MRI RI-SPECT FDG-PET )  
・検査部位の手術歴: 無 有 (手術名 \_\_\_\_\_ )  
・心臓ペースメーカー: 無 有 ・妊娠 (女性のみに) : 無 有  
・感染症: HCV Ab ( \_\_\_\_\_ ) HBs Ag ( \_\_\_\_\_ ) TPHA ( \_\_\_\_\_ )

■処方

■造影剤使用 (造影希望または紹介先委任) および FDG-PETの場合

・アレルギー歴: 無 気管支喘息 薬剤アレルギー (詳細: \_\_\_\_\_ )  
・腎機能障害: 無 有 (もしわかれば血清Cr値: \_\_\_\_\_ mg/dL)  
・糖尿病治療薬: 無 有 ( メトホルミン インスリン その他 )

# 診療情報提供書

【予約日時】 平成 年 月 日 時 分

紹介先医療機関：仙台総合放射線クリニック  
FAX：022(346)1805  
画像診断 担当医 殿

ふりがな 患者氏名	性別
様	
生年月日 年 月 日 ( 歳)	職業
患者住所 〒	
TEL: ( )	
移動方法: <input type="checkbox"/> 歩行可 ( ) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

紹介元医療機関	
TEL:	
診療科	担当医師氏名

## ■傷病名

■紹介目的 (依頼する画像診断) : CT MRI RI (SPECT) FDG-PET

■造影の有無 (CT/MRI) : 単純のみ 造影希望 紹介先委任

■検査部位 (下記から選択 CTは頭頸部～骨盤の複数部位選択可、MRIは一部位のみ、ただし脊椎は複数部位可)

CT/MRI: 脳 頭頸部 胸部 腹部 骨盤  
頸椎 胸椎 腰仙椎 上肢 下肢  
血管系 MRA MRCP その他 ( )

RI (SPECT) : 骨シンチ 脳血流SPECT その他: \_\_\_\_\_ (事前にお問合せ下さい)

■検査部位 (詳細) :

■現病歴および画像診断で知りたいこと:

■結果のお渡し: 紹介元医療機関へ郵送 患者さまお持ち帰り ■画像: CD-ROM フィルム

■既往歴・家族歴:

・当クリニックでの検査歴: 無 有 ( CT MRI RI-SPECT FDG-PET )  
・検査部位の手術歴: 無 有 (手術名 )  
・心臓ペースメーカー: 無 有 ・妊娠 (女性のみに) : 無 有  
・感染症: HCV Ab ( ) HBs Ag ( ) TPHA ( )

■処方

■造影剤使用 (造影希望または紹介先委任) および FDG-PETの場合

・アレルギー歴: 無 気管支喘息 薬剤アレルギー (詳細: )  
・腎機能障害: 無 有 (もしわかれれば血清Cr値: mg/dL)  
・糖尿病治療薬: 無 有 ( メトホルミン インスリン その他 )

# 画像検査を受ける患者さまへ

**【予約日時】** 平成 年 月 日 時 分

ふりがな 患者氏名	性別
様	
生年月日 年 月 日 ( 歳)	
患者住所 〒	
TEL: ( )	

医療法人 秀放会  
**仙台総合放射線クリニック**  
 SENDAI Radiation Oncology & Imaging Clinic  
 〒981-3121宮城県仙台市泉区上谷刈字向原21番地4  
**TEL:022(375)1231 FAX:022(346)1805**  
 ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

**● 検査当日お持ち頂くもの ●**

- 保険証、医療受給者証（該当者）
- 主治医からお預かりした紹介状（診療情報提供書）およびフィルムなど（あれば）
- 本書

**あなたの検査が以下の様に予定されています。注意事項をお読みの上、ご来院下さい。**  
 ※予約時間の10分前ごろまでに受付して下さい。問診票を記入して戴き、診察後に検査を行います。  
**検査結果は紹介元医療機関の主治医に直接ご報告します。結果は主治医からお聞き下さい。**

■ 予約された検査の種類： CT MRI RI (SPECT) FDG-PET(別紙問診票記入)

■ 造影の有無 (CT/MRI)： 単純のみ 造影希望 紹介先委任

■ 検査部位 注意事項5をお読みの上、裏面に記入して下さい

CT/MRI： 脳 頭頸部 胸部 腹部 骨盤  
頸椎 胸椎 腰仙椎 上肢 下肢  
血管系 MRA MRCP その他 ( )

RI (SPECT)： 骨シンチ 脳血流SPECT その他： \_\_\_\_\_ (事前にお問合せ下さい)

## 【注意事項】

- 心臓ペースメーカーを装着の方**
  - CT検査の方は当日ペースメーカー手帳を持参して下さい。
  - MRI検査は受けることができません。MRI検査が予約されている場合には、主治医に連絡して下さい。
- コンタクトレンズをご使用の方**
  - MRI・CT検査では、はずしていただくことがありますので準備をお願いします。
- MRI検査を受ける方**
  - 体内に金属性物質のある場合は検査が出来ないことがあります。当日、詳しくお聞きいたします。
  - 金属製の装飾品、アイメイクなどは検査前にお取りいただきます。
- 腹部のCT・MRI検査の方**
  - 造影剤使用の有無に関わらず予約時間の3時間前から固形物の飲食はお控え下さい。
- 「造影の有無」の項目が「単純のみ」以外の方**
  - 造影剤を使用する可能性があります。
  - 予約時間の3時間前から固形物の飲食はお控え下さい。造影剤の副作用を抑えるため、お茶・お水などは30分前頃までは積極的にお取り下さい。
  - 造影検査後は十分に水分をお取り下さい。
  - 裏面の『造影剤使用に関する説明と同意書』をお読みの上、ご記入下さい。

### ▼当院までのご案内



- 杉ノ田交差点を西に約700m川沿いに進み、押しボタン信号左手、橋を渡ってすぐ
- 地下鉄・バス「八乙女駅」下車 徒歩 約10分
- 駐車場約40台完備

### ▼検査料金のご案内 ※料金は目安です。使用する薬剤等により多少変動します。

		1割負担	2割負担	3割負担
MRI	造影なし	2,500円	5,000円	7,500円
	造影あり	4,000円	8,000円	12,000円
CT	造影なし	2,000円	4,000円	6,200円
	造影あり	3,500円	7,000円	10,000円
骨シンチ		6,500円	13,000円	20,000円
脳SPECT		8,000円	16,000円	23,000円
FDG-PET		8,700円	18,000円	26,000円