

診療情報提供書 (コピーして一部は貴院控、一部は当医院へ) (お手数ですが2枚目も記入して患者さんへ)

【予約日時】 平成 年 月 日 曜日
午前・午後 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 男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業
患者住所 〒 TEL: ()	
移動方法: <input type="checkbox"/> 歩行可(完全自立 要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

紹介元医療機関	外来・入院中
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は脳～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): 無 有
・感染症: HCV Ab (- + 不明) HBsAg (- + 不明) TPHA (- + 不明)

■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)

画像検査を受ける患者さまへ

【予約日時】 平成 年 月 日 曜日
午前・午後 時 分

ふりがな 患者氏名	性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平 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15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