

〈記入のしかた〉

1. () 内で選択したものを○で囲んでください。
2. ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。次回作成時の参考とさせていただきます。

患者氏名	_____様	性別	男 ・ 女
患者住所	_____		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳) 職業
紹介目的 (XCT・MRI) の検査及び診断 単純と造影 (単純のみ・単純と造影・星陵クリニック判断) 検査部位 (脳・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・顎関節・乳房) _____) (頸部・胸・腹・骨盤・MRCP・MRA () ・頸椎・胸椎・腰椎) (ひだり・みぎ) (肩・肘・手・股・膝・足) 関節、() 撮影希望など (紹介先判断・) 受取希望日 _____ 月 _____ 日 () □指定なし(出来上がり次第送付) ※読影レポート原則添付 ※配達を希望しない日・曜日があれば記入ください () 提供方法 □DVD-R □フィルム □MMWI N □画像不要 1つレ点を入れてください (記載なしはDVDにて提供)			
傷病名			
今回の検査目的と画像診断に必要な情報 (症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)			
既往歴及び家族歴			
○単純のみ：単純のみ（造影検査無）を希望する時、選択ください。 ○単純と造影：造影検査を希望する時、選択ください。 ○星陵クリニック判断：星陵クリニックに判断を依頼する時、選択ください。 受取希望日に合わせてお届けします。 希望日にお届けできない場合は、当クリニックと患者さんで相談をし、当日お持ち帰りいただくか、検査翌日以降に窓口でお渡しします。 当日結果をお渡しする場合は、検査終了後、約2時間お待ちいただきます。 糖尿病薬 (メトグルコ錠・グリコラン錠・エクメット配合錠・メトホルミン塩酸塩錠) (他 ⇒ビグアナイド系はCT造影検査時、休薬対応をお願いします) 血清クレアチニン値(mg/ dl) (検査日 年 月 日) □心臓ペースメーカー (★MR ×) □除細動器 (★MR ×) ⇒CT：本体部分の撮影は当院対応不可 □心臓モニター □人工内耳 (★MR ×) □脳動脈クリップ □髄液シャント (圧調整が必要な方のMRI 検査は圧調整日に合わせて予約ください)			

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
 3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入してください。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。