

診療情報提供書(患者分)  
紹介先医療機関等名 仙台星陵クリニック(予約直通 273-3141)

放射線科 宮澤英充 殿 年 月 日

|                             |     |     |   |
|-----------------------------|-----|-----|---|
| 受付予約日時                      | 紹介元 | 病院名 | 印 |
| 年 月 日 ( )                   |     | 所在地 |   |
| 検査開始時間ではありません。<br>午前・午後 時 分 |     | 氏 名 |   |
|                             | 電 話 |     |   |

|      |                    |      |     |
|------|--------------------|------|-----|
| 患者氏名 | 様                  | 性別   | 男・女 |
| 患者住所 |                    | 電話番号 |     |
| 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 □MMWIN □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

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 星陵クリニックの検査歴(無・有)                    | ※以下、“有”の場合はレ点を入れてください |
| 検査部位の手術歴(無・有)(手術名)                  | □HBSAg □HCVA b □ワ氏    |
| 体内常磁性金属(無・有)(具体名)                   | 〈体内デバイス〉★：当院MRI対応不可   |
| ◎造影剤使用時の場合                          | □心臓ペースメーカー(★MR ×)     |
| 気管支喘息(無・有)                          | □除細動器(★MR ×)          |
| 薬剤等アレルギー歴(無・有)(内容)                  | ⇒CT：本体部分の撮影は当院対応不可    |
| βブロッカーの使用(無・有)                      | □心臓モニタ                |
| 糖尿病薬                                | □人工内耳(★MR ×)          |
| (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) | □脳動脈クリップ              |
| (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)    | □髄液シャント(圧調整が必要な方のMRI  |
| 血清クレアチニン値( mg/ dl)(検査日 年 月 日)       | 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。

診療情報提供書 (医療機関控)  
紹介先医療機関等名 仙台星陵クリニック (予約直通 273-3141)

放射線科 宮澤英充 殿 年 月 日

|                             |     |     |   |
|-----------------------------|-----|-----|---|
| 受付予約日時                      | 紹介元 | 病院名 | 印 |
| 年 月 日 ( )                   |     | 所在地 |   |
| 検査開始時間ではありません。<br>午前・午後 時 分 |     | 氏 名 |   |
|                             | 電 話 |     |   |

|      |                    |      |     |
|------|--------------------|------|-----|
| 患者氏名 | 様                  | 性別   | 男・女 |
| 患者住所 |                    | 電話番号 |     |
| 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 ☐ MMW I 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

|                                     |                                                                                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 星陵クリニックの検査歴 (無・有)                   | ※以下、“有”の場合はレ点を入れてください                                                                             |
| 検査部位の手術歴 (無・有) (手術名)                | <input type="checkbox"/> H B S A g <input type="checkbox"/> H C V A b <input type="checkbox"/> ワ氏 |
| 体内常磁性金属 (無・有) (具体名)                 | 〈体内デバイス〉 ★：当院MRI 対応不可                                                                             |
| ◎造影剤使用時の場合                          | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー (★MR ×)                                                        |
| 気管支喘息 (無・有)                         | <input type="checkbox"/> 除細動器 (★MR ×)                                                             |
| 薬剤等アレルギー歴 (無・有) (内容)                | ⇒C T：本体部分の撮影は当院対応不可                                                                               |
| βブロッカーの使用 (無・有)                     | <input type="checkbox"/> 心臓モニタ                                                                    |
| 糖尿病薬                                | <input type="checkbox"/> 人工内耳 (★MR ×)                                                             |
| (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) | <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ                                                                  |
| (他 ⇒ビグアナイド系はC T造影検査時、休薬対応をお願いします)   | <input type="checkbox"/> 髄液シャント (圧調整が必要な方のMRI                                                     |
| 血清クレアチニン値 ( mg/ dl) (検査日 年 月 日)     | 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。

患者さんへお渡しください。

## 検査を受けられる方へのご案内

|                |
|----------------|
| 受付予約日時         |
| 年 月 日 ( )      |
| 検査開始時間ではありません。 |
| 午前・午後 時 分      |

- ・( )の部分の(X線CT・MRI)検査です。
- ・造影剤は(使います・未定・使いません)

・検査の順番は、予約時間や検査内容が優先されます。  
来院の順番とは異なりますのでご了承ください。

・「紹介状(診療情報提供書)」「保険証」「検査問診票」などをお持ちの上、受付予約日時までに来院ください。

### ● 検査の注意事項

体内に植え込まれた医療機器のある方は検査が出来ない事があります。手帳(カード)を必ずご持参ください。

例) 心臓ペースメーカー・除細動器 脳動脈クリップ  
人工内耳 等

#### MRI 検査の方

下記の装飾品等は画像および身体への影響が発生するおそれがあるため事前に外してください。外せない場合は当日検査が出来ない可能性がありますのでご了承ください。

- \* ジェルネイル・マニキュア等(手・足)
- \* 塗るタイプの毛染め剤・アイメイク(マスカラ・つけまつげ等)
- (\* 金属装飾品・コンタクトレンズ→検査直前でも可)

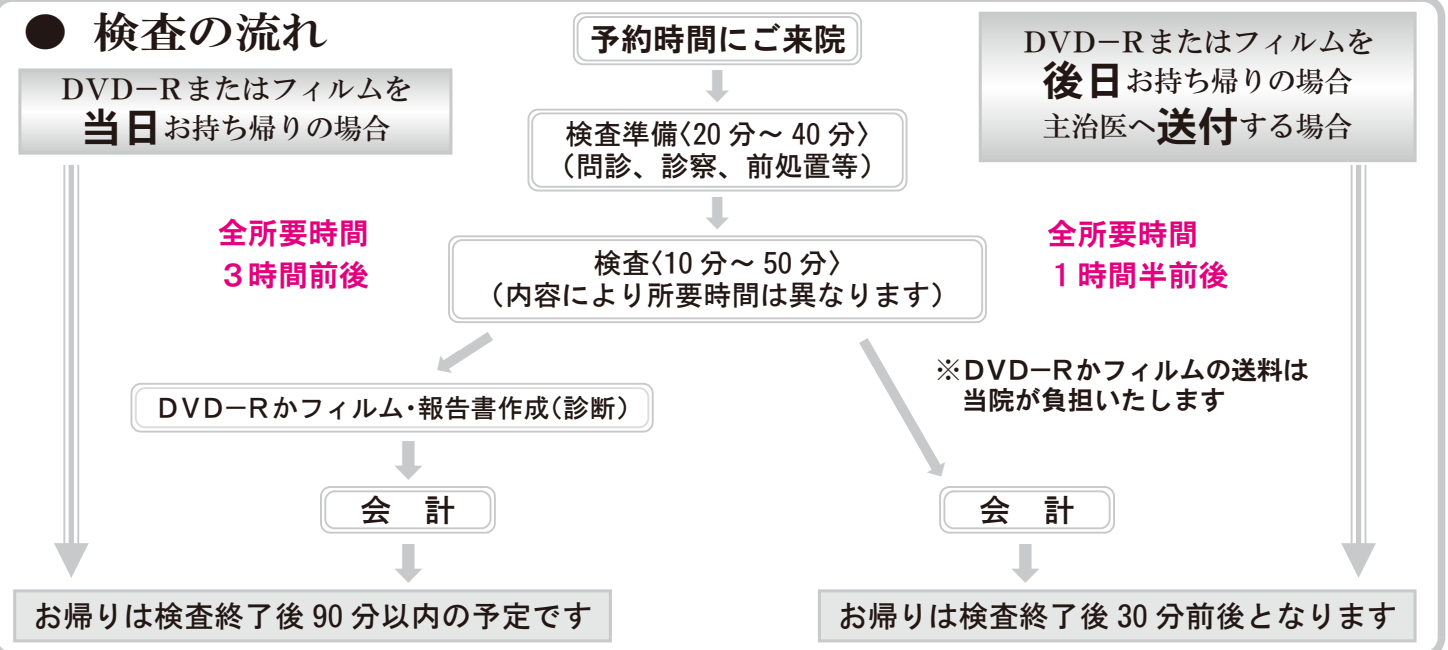
#### “腹部の検査または造影検査の方”

(造影剤使用未定も含む)

- ① お食事は予約時間の4時間前までに済ませてください。その後も水分(水とお茶のみ)は摂取可能です。(腹部検査のみ)
- ② 造影剤使用前にリスク評価のため、腎機能の簡易検査や心電図検査を行うことがあります。  
(健診結果や、直近の血液検査の結果をお持ちの方はご持参ください)

※糖尿病でCT検査の造影剤「使います」「未定」のビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ、グリコラン、エクメット、メトホルミン塩酸塩等)を服用している方は、糖尿病の主治医に休薬の可否をご相談ください。

### ● 検査の流れ



- ※1 検査結果の説明は、治療方針と関係するため、主治医の先生から、お聞きいただくことをお勧めしています。
- ※2 画像所見のみ、お知りになりたい方や、主治医の先生のご要請がある方は、事前に受付にお知らせください。
- ※3 画像所見の説明は、原則翌日以降となりますが、詳細は受付にてご確認願います。
- ※4 病状や治療などについての説明はいたしませんので、主治医の先生にお尋ねください。

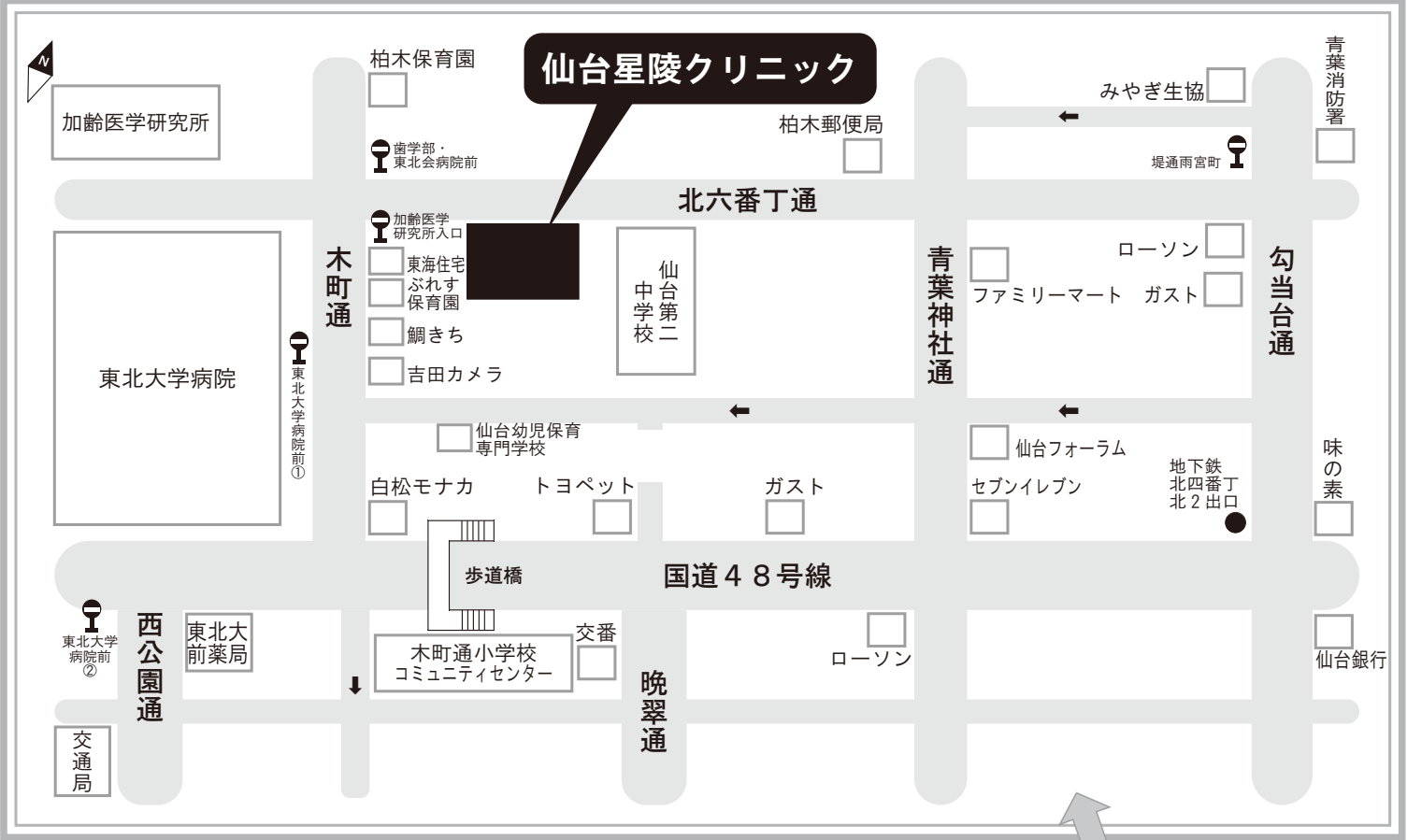
# ●検査料金のご案内

(令和6年4月診療報酬改定による)

|      |      | 1割負担    | 2割負担     | 3割負担     |
|------|------|---------|----------|----------|
| MR I | 造影なし | 3,000 円 | 5,500 円  | 8,000 円  |
|      | 造影あり | 5,000 円 | 10,000 円 | 15,000 円 |
| C T  | 造影なし | 2,500 円 | 4,500 円  | 6,500 円  |
|      | 造影あり | 4,000 円 | 8,000 円  | 12,000 円 |

※料金は概算です。フィルム枚数、薬剤などにより増減します。

# ●当院までのご案内



# ●交通のご案内

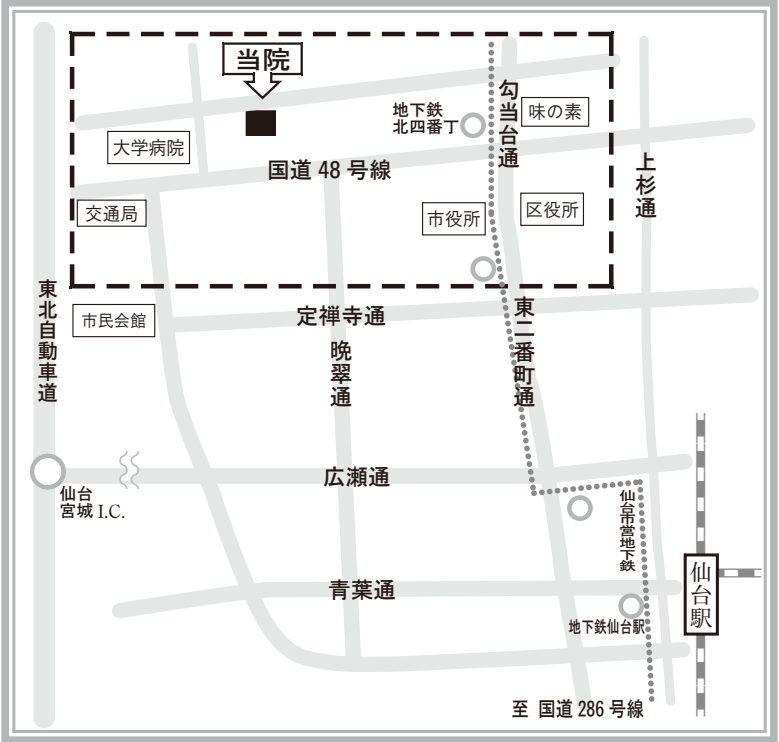
§ 仙台市営バス (のりば: 仙台駅西口バスターミナル)

| のりば番号 | 経路・行先                                     |                                 |
|-------|-------------------------------------------|---------------------------------|
| 9     | { 大学病院前経由 }<br>子平町壽徳寺前、子平町→北山循環(子平町先回り)   | 東北大学病院前<br>(徒歩2分)<br>上記地図のバス停①  |
| 18    | { 山手町(北山トンネル)・中山経由 }<br>北中山・西中山           |                                 |
| 19    | { 山手町・中山経由 }<br>泉ビレジ・西勝山・実沢営業所            |                                 |
| 14    | { 大学病院・八幡町経由 }<br>作並温泉、白沢車庫、定義、折立・西花苑、茂庭台 | 東北大学病院前<br>(徒歩10分)<br>上記地図のバス停② |
| 13    | { 大学病院・八幡町経由 }<br>南吉成、貝ヶ森、国見ヶ丘            |                                 |
| 9     | { 広瀬通経由 }<br>交通公園・川内営業所、交通公園循環            |                                 |
| 17    | { 北仙台経由 }<br>桜ヶ丘、宮城学院                     | 堤通雨宮町<br>(徒歩10分)                |
| 18    | { 北仙台・川平団地経由 }<br>長命ヶ丘、北中山・西中山            |                                 |

§ 地下鉄 北四番丁駅下車 (徒歩10分)

§ 駐車場 18台駐車可※満車の場合は受付へお問い合わせください

周辺拡大図



|                          |                    |             |       |
|--------------------------|--------------------|-------------|-------|
| ふりがな                     |                    | 身長          | cm    |
| 氏 名                      |                    | 男 ・ 女       | 体重    |
|                          |                    |             | kg    |
| Family (Last) Name ( 姓 ) | First Name ( 名 )   | Middle Name |       |
| 生年月日                     | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西暦 | 年           | 月 日 才 |
| 住所 〒                     | —                  | TEL ( )     | —     |
| 職業                       |                    |             |       |

1. 体内に金属を入れる手術を受けたことがありますか（ない・ある）※手帳・カードを受付にお出しください

☐脳動脈瘤クリップ（手術日： ）

☐神経刺激装置（脳・脊髄・仙骨・手術日： ）

☐髄液シャント（水頭症）(手術日： )※MRI 検査：圧可変式シャントは調整日に合わせた予約が必要です

☐人工内耳※MRI 検査：当院では対応不可です

☐心臓ペースメーカー

☐除細動器

☐心臓モニター ➡( 植込部位：左胸・右胸・腹部 手術日： )

☐ステント（部位： 手術日： ）

☐CV ポート（部位： 手術日： ）

☐人工関節（右・左：股関節・膝・ 手術日： ）

☐その他（ ）

2. 以下の病気にかかったことがあれば✓を入れてください（手術後の場合は該当部分を○で囲んでください）

☐ぜんそく（小児期含む）

☐アレルギー性鼻炎 / 花粉症

☐副鼻腔炎

☐じんましん

☐けいれん

☐てんかん

☐甲状腺（機能亢進症・低下症・ ）(手術後）

☐膠原病

☐虫垂炎（盲腸）(手術後）

☐糖尿病（薬剤名： ）

☐胆石・胆のう腺筋症（手術後）

☐高血圧

☐腎臓病（☐透析中：シャント 右・左）

☐乳がん（右・左）(手術後：全摘・部分）

☐緑内障

☐前立腺（肥大・がん）(全摘術後）

☐卵巣腫瘍（右・左）(手術後：全摘・部分）

☐その他（病名 ）

☐子宮（筋腫・がん）(手術後：全摘・部分）

3. 安全に検査を行うための項目です。当てはまるものに✓を入れてください。

☐薬剤で具合が悪くなったことがある➡症状(ショック・嘔吐・吐き気・じんましん・その他： )

☐注射の造影剤（病気の部分を詳しく調べるための薬）：(MRI 検査・CT 検査・その他： )の時

☐造影剤以外（薬剤名： )

☐狭い所に入ると不安になる➡☐鎮静剤利用を希望する ※使用後乗り物の運転はできません

☐入れ墨（タトゥー・アートメイク）がある（背中・四肢・眉・アイライン・ )※MRI は同意書記載が必要です

☐一週間以内にバリウム検査をした（ 月 日）

4. 以下女性のみお答えください。当てはまるものに✓を入れ、該当項目を記入してください。

☐妊娠中（ 週）

☐授乳中 である

☐下腹部・骨盤検査の方：最終月経 月 日～ 月 日（周期 日・不順・閉経・術後）

5. 該当するものを○で囲んでください（検査内容により外していただくか、同意書記載をお願いする場合があります）

コンタクトレンズ・入れ歯・歯科用インプラント・補聴器・義眼・巻き爪ワイヤー・耳つぼ・子宮内避妊用具

血糖値モニター（リブレなど）・湿布・貼り薬・治療針・美容用金糸・指輪・ピアス・かつら（ウィッグ等）

マニキュア / ジェルネイル・アイメイク（マスカラ・つけまつげ）・パウダーや部分的に塗るタイプの毛染め剤

( 注 )MRI 検査の場合は事前に外して来院ください（安全性確保および画像への影響が発生する可能性があるため）  
当日外せない場合は検査を延期するか、同意書記載の上、医師の判断で実施することがあります。

6. ☐ 上記 1 ～ 5 すべてに当てはまる項目はない

7. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか（ 同意する ・ いいえ ）

8. この 1 年間で自治体の健診（特定健診及び基礎健診）を受けましたか（ はい ・ いいえ ）