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	
年　月　日（ ）		病院名
検査開始時間ではありません。		所在地
○午前○午後　時　分		氏 名　印
		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　)
(□頚部□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 □ＭＭＷＩＮ □画像不要 □その他(　）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）
検査部位の手術歴(○無○有）(手術名　)
体内常磁性金属(○無○有）(具体名　)
◎造影剤使用時の場合
気 管 支 喘 息(○無○有）
薬剤等アレルギー歴(○無○有）(内　容　)
βブロッカーの使用(○無○有）
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)

※以下、“有”の場合はレ点を入れてください

□ＨＢｓＡｇ　□ＨＣＶＡｂ　□ワ氏

〈体内デバイス〉 ★：当院MRI 対応不可
□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
□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。

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
年　月　日（　）
検査開始時間ではありません。 ○午前○午後　　時　　分

紹介元
病院名
所在地
氏　名　　印
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　　)
(□頚部□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 □ＭＭＷＩＮ □画像不要 □その他(　　）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）
検査部位の手術歴(○無○有)(手術名　　)
体内常磁性金属(○無○有)(具体名　　)
◎造影剤使用時の場合
気 管 支 喘 息(○無○有)
薬剤等アレルギー歴(○無○有)(内　容　　)
βブロッカーの使用(○無○有)
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)

※以下、“有”の場合はレ点を入れてください
□ＨＢｓＡｇ　□ＨＣＶＡｂ　□ワ氏
〈体内デバイス〉 ★：当院MRI 対応不可
□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
□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。

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Ｃ T○MＲ Ｉ）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。

■【持ち物】ご来院時にお持ちください

①**診療情報提供書**（紹介状）　②**検査問診票**（お持ちでない場合は当院にご用意しております）
③**マイナ保険証、または資格確認書**　④**医療受給者証**（お持ちの方のみ）
⑤**健診結果・直近（３カ月）の血液検査の結果**　※お持ちの方のみ（造影剤を使う場合、確認します）

■来院時に必ずご確認ください

下の項目のうち、ご自身に「当てはまるもの」をご確認・ご準備ください。

【撮影範囲に腹部（おなか）が入っている方】
予約時間の**４時間前まで**に食事を済ませてください。それ以降も、お水は飲んでいただいて構いません。

【糖尿病の薬を飲んでいて、ＣＴ検査で造影剤を「使います・未定」の方】
ビグアナイド系の糖尿病薬（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）を服用中の方は、休薬してよいかどうかを、事前に糖尿病の主治医の先生にご相談ください。

【ＭＲＩ検査の方】
金属・ネイル・一部の化粧品は画像や身体に影響するため取り外しが必要です。
※外せない場合、当日検査ができないことがあります。
●**事前に外して（落として）ご来院ください**：ジェルネイル・マニキュア（手足）／塗るタイプの毛染め剤／アイメイク（マスカラ・マツエク　等）
【マグネットネイル：検査が出来ません。必ず事前に外してください】
●**検査の直前に外していただければ大丈夫です**：金属の装飾品（アクセサリー類）／コンタクトレンズ

【体内に下記の医療機器が入っている方】
対象：心臓ペースメーカー・除細動器、脳動脈クリップ、人工内耳、神経刺激装置　等がある方
検査ができないことがあります。機器の手帳（カード）を必ずご持参ください。

※造影剤を使う前に、検査を安全に行う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（３カ月）の血液検査の結果をお持ちの方はご持参ください。

■検査当日の流れと所要時間の目安

ご来院（予約時間）▶ **検査準備** ２０～４０分 ▶ **検　査** １０～５０分 ▶ **検査結果作成**（診断）▶ **お会計**

検査結果 当日お持ち帰り	所要時間：**３時間**　前後	結果が出来上がるまでお待ちいただきます。 お帰りは検査終了後**８０～１２０分**の予定です。
検査結果 後日受取／主治医へ送付	所要時間：**１時間半**　前後	検査終了後**３０分**前後でお帰りいただけます。 結果は**３～４日**後に主治医の先生へ届きます。 （※結果送料は当院負担）

■検査結果の説明について

・当院からご説明できるのは**画像所見のみ**です。
・**病状や治療方針についての説明は行いません。**これらは治療方針に関わるため、主治医の先生からのご説明となります。
ご不明な点はは主治医の先生にお尋ねください。
・画像所見のみの説明をご希望の方、または主治医の先生からご要請があった方への説明は、**翌日以降**となります。

仙台星陵クリニック　TEL　０２２－２７３－３５３３（代表）

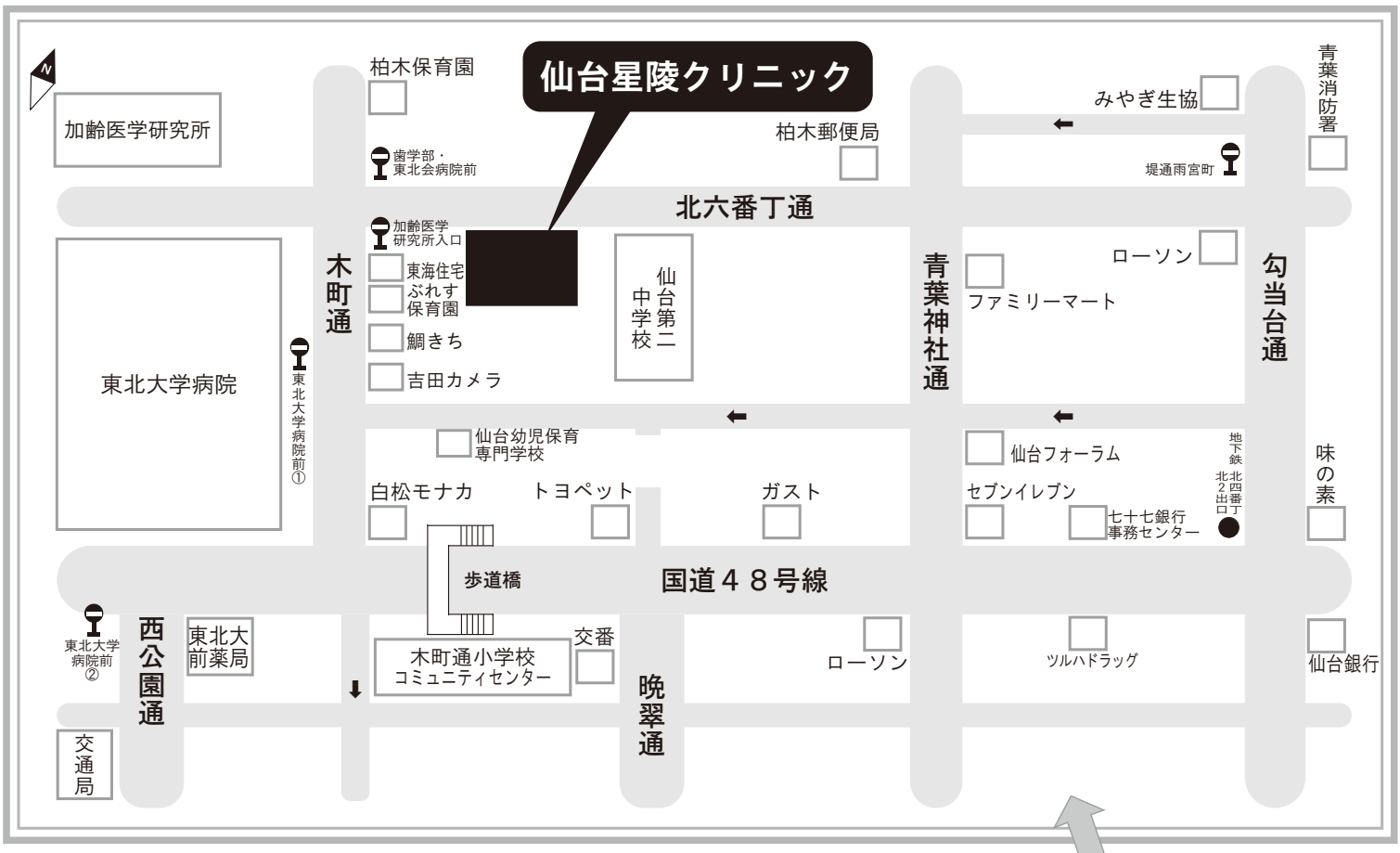
●検査料金のご案内

（令和 8 年 6 月診療報酬改定による）

		1割負担	2割負担	3割負担
MRI	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
CT	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。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

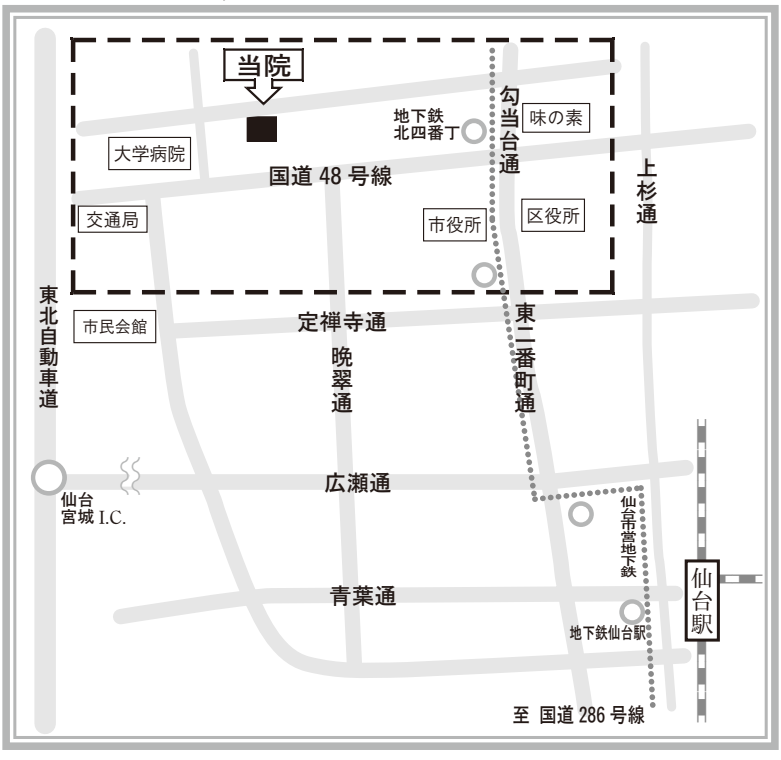
§仙台市営バス（のりば：仙台駅西口バスターミナル）

のりば番号	経由・行先	
9	{大学病院前経由} 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 （徒歩 2 分） 上記地図のバス停①
18	{山手町(北山トンネル)・中山経由} 北中山・西中山	
19	{山手町・中山経由} 泉ビレジ・西勝山・実沢営業所	
14	{大学病院・八幡町経由} 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 （徒歩 10 分） 上記地図のバス停②
13	{大学病院・八幡町経由} 南吉成、貝ケ森、国見ケ丘	
9	{広瀬通経由} 交通公園・川内営業所、交通公園循環	
17	{北仙台経由} 桜ケ丘、宮城学院	堤通雨宮町 （徒歩 10 分）
18	{北仙台・川平団地経由} 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



検査問診票（患者さんへお渡しください）

仙台星陵クリニック

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　〒　　ー　　TEL (　　)　　ー

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・アイメーク (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