〈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. ご不明な点がありましたら、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　　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

）
）

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
□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）

○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１～２時間お待ちいただきます。

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。