

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

<b>受付</b> 予約日時
年 月 日 ( )
検査開始時間ではありません。 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分

紹介元	病院名	
	所在地	
	氏名	
	電話	

患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所		電話番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	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  )  
 ( 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 ( )  午前  午後 :  指定なし(出来上がり次第送付)  
 提供方法  フィルム  DVD-R  MMWIN  画像不要 ※読影レポート原則添付

傷病名

(症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)  
**今回の検査目的と画像診断に必要な情報**

**既往歴及び家族歴**

星陵クリニックの検査歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	HBsAg ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 不明) HCVAb ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 不明) フ氏 ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 不明) 心臓ペースメーカー ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明) ◎MRI のとき 脳内クリップ ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明)
検査部位の手術歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (手術名)	
体内常磁性金属 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (具体名)	
◎造影剤使用時の場合	
気管支喘息 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
薬剤等アレルギー歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (内容)	
βブロッカー使用 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
糖尿病 ( <input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠 )	
(CT造影の場合の必要情報) ( <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 <input type="checkbox"/> その他 )	
血清クレアチニン値 ( mg/dl) (検査日 年 月 日)	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。  
 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下さい。  
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先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下さい。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記録して下さい。

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

<b>受付</b> 予約日時
年 月 日 ( )
検査開始時間ではありません。 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分

紹 介 元	病院名	
	所在地	
	氏名	
	電話	

患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所		電話番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	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  )  
 ( 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 ( )  午前  午後 :  指定なし(出来上がり次第送付)  
 提供方法  フィルム  DVD-R  MMWIN  画像不要 ※読影レポート原則添付

傷病名

(症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)  
**今回の検査目的と画像診断に必要な情報**

**既往歴及び家族歴**

星陵クリニックの検査歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	HBsAg ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 不明) HCVAb ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 不明) フ氏 ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 不明) 心臓マーカー ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明) ◎MRI のとき 脳内クランプ ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明)
検査部位の手術歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (手術名 )	
体内常磁性金属 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (具体名 )	
◎造影剤使用時の場合	
気管支喘息 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
薬剤等アレルギー歴 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (内容 )	
βブロッカー使用 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
糖尿病 ( <input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠 )	
(CT造影の場合の必要情報) ( <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 <input type="checkbox"/> その他 )	
血清クレアチニン値 ( mg/dl) (検査日 年 月 日)	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。  
 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下さい。  
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先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下さい。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記録して下さい。

患者様へお渡し下さい。

# 検査を受けられる方へのご案内

検査予約日
年 月 日 ( )

検査当日は 〇〇の部分の  
(X線CT検査 MRI検査)  
を行います。  
造影剤は(使います・使いません・未定)

午前・午後 〇時 〇分が予約時間です。検査開始時間ではありません。

主治医に予約していただいたら、「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、予約時間までに来院下さい。

検査の順番は、検査内容、予約時間により決まります。来院の順番と異なりますのでご了承下さい。ご不明な点がありましたら直接お電話下さい。

## ● 検査の注意事項

**心臓ペースメーカーを装着の方**  
ペースメーカー手帳をご持参下さい。

### MR I 検査の方

- ①体内に、金属性物質がある方は検査ができないことがあります。  
例:心臓ペースメーカー 脳動脈瘤金属クリップ 人工内耳など
- ②下記の装飾等は検査前にお取りいただきます。  
\*金属装飾品・アイメイク  
\*ジェルネイル・マニキュア等(手・足)…染色剤に金属を含む場合発熱の原因となりますので来院前にお取り下さい。お取りできない場合は検査できませんのでご了承下さい。

### コンタクトレンズをご使用の方

MRI 検査・CT 眼窩部検査の方は、コンタクトレンズをはずして検査を行います。ケースや眼鏡、取替用コンタクトレンズ等をご持参下さい。

### 腹部の検査または造影剤検査の方 (使用未定の方も含む)

- ①予約時間の4時間前よりお水とお茶以外はお摂りにならないようお願いいたします。
- ②造影剤使用前に、心電図検査、血液検査を行なうことがあります。(健診や最近の血液検査の結果があればご持参下さい。)

## ● 検査の流れ

予約時間にご来院

フィルムまたはDVD-Rを  
当日お持ち帰りの場合

検査準備<20分~40分>  
(問診、診察、前処置等)

フィルムまたはDVD-Rを  
後日お持ち帰りの場合  
主治医へ送付する場合

全所要時間  
3時間前後

検査<10分~50分>  
(内容により所要時間は異なります)

全所要時間  
1時間半前後

フィルムかDVD-R・報告書作成(診断)

※フィルムかDVD-Rの送料は  
当院が負担いたします

会計

会計

お帰りは検査終了後90分以内の予定です

お帰りは検査終了後30分前後となります

- ※1 検査結果の説明は、治療方針と関係あるため、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下さい。
- ※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下さい。

〒980-0801 仙台市青葉区木町通2-4-45  
TEL022-273-3533 FAX022-273-3440  
月~土 8:30~17:30

仙台星陵クリニック  
放射線科  
URL <http://www.seiryu.or.jp>

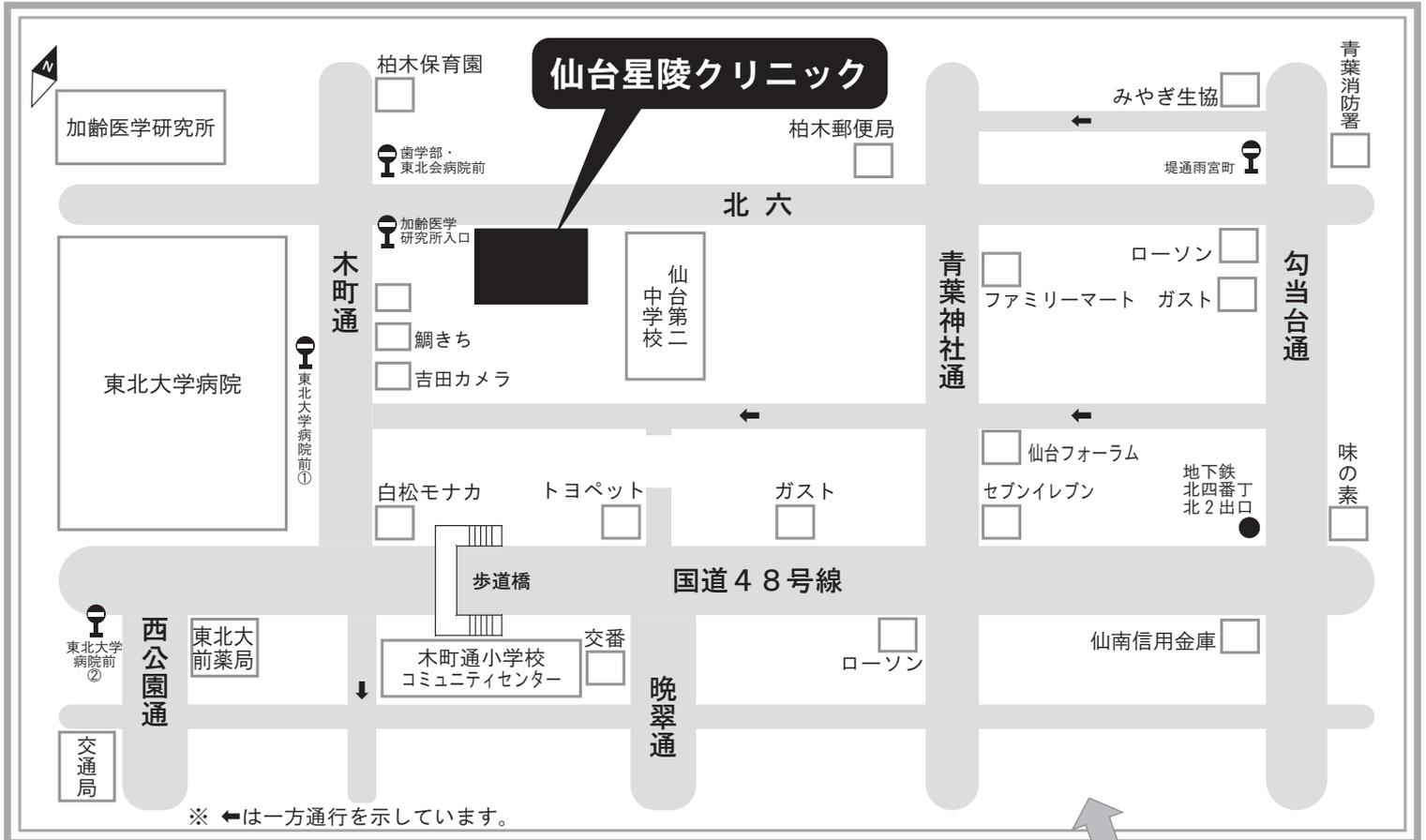
# ●検査料金のご案内

(平成 30 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

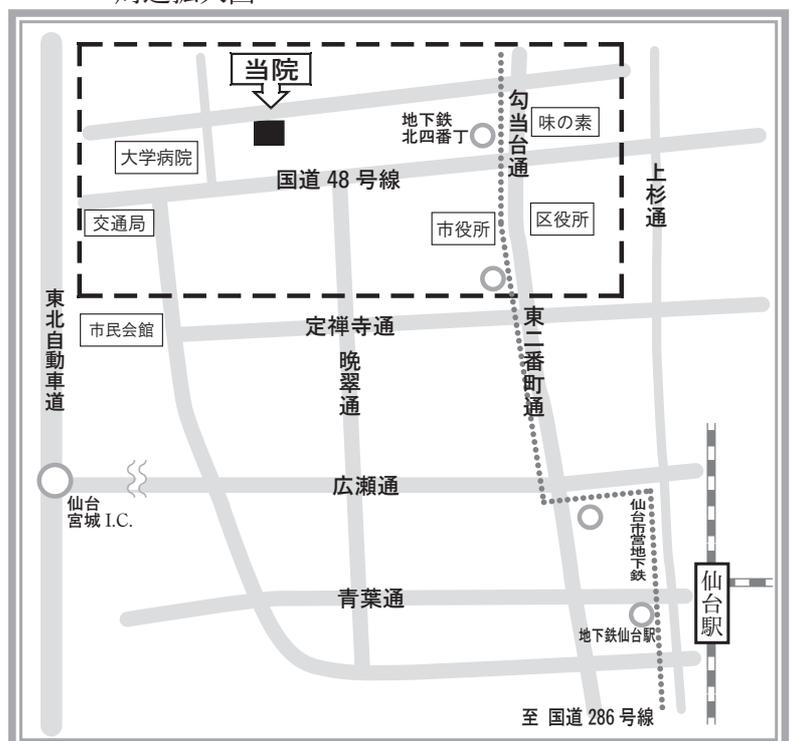
§ 仙台市営バス (のりば：仙台駅西口バスプール)

のりば番号	経由・行先	
9	{子平町先回り} 子平町→北山循環	東北大学病院前 (徒歩 2分)
13	{山手町・中山経由} 北中山・西中山	上記地図のバス停①
10	{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)
15-1	{大学病院・八幡町経由} 南吉成、貝ヶ森、国見ヶ丘、葛岡霊園	上記地図のバス停②
15-2	{広瀬通経由} 交通公園・川内営業所、交通公園循環	
13	{北仙台経由} 桜ヶ丘、宮城学院	堤通雨宮町 (徒歩 10分)
	{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下さい

周辺拡大図



ふりがな 氏名	男・女	現在の体重は何kgですか。 体重( )kg
外国の方用 Last Name	First Name	Middle Name
生年月日	大・昭・平・西暦	年 月 日 才
〒 住所		
TEL		職業

**1. 検査を安全におこなうための項目です。当てはまるものに○をつけて下さい。**

- [ ] 頭の手術をうけたことがある（脳動脈瘤クリップ・水頭症・その他： 手術日： ）
- [ ] 心臓病を指摘されたことがある（病名： 手術日： 手術なし）  
心臓ペースメーカー 除細動器（留置部位：左胸・右胸・腹部）→受付に手帳をお渡し下さい。
- [ ] 腎臓病を指摘されたことがある（腎不全・慢性腎症・水腎症・その他： ）
- [ ] 注射の造影剤<sup>\*</sup>を使用して具合が悪くなったことがある ※病気の部分を詳しく調べるためのお薬です。  
 何の検査でしたか（MRI・CT・その他： ）  
 その時の症状（ショック・嘔吐・吐き気・じんましん・その他： ）
- [ ] 体内に金属がある（ステント・人工関節・ボルト・クリップ・その他： 、部位： 、手術日 ）
- [ ] 入れ墨（タトゥー）がある（背中・四肢・眉・アイライン・その他： ）
- [ ] 狭い所に入ると不安になる→（ ）鎮静剤利用を希望する
- [ ] 一週間以内に胃や腸のバリウム検査をした（ 月 日）
- [ ] 入院中である（病院名： ）
- [ ] 女性のみ：妊娠中、または授乳中である

女性の下腹部検査の方：最終月経 月 日～ 月 日（周期 日・不順・閉経）

**2. 装着しているものに○をつけて下さい。**

- [ ] コンタクトレンズ [ ] 入れ歯・歯科用インプラント [ ] 義眼（スポイト・ケース持参）
- [ ] かつら・つけ毛（ウィッグ・ヘアピースなど） [ ] 貼り薬・湿布・耳つぼ [ ] 針・美容用金糸など
- [ ] 化粧（マスカラ・つけまつげ） [ ] 指輪・ピアス [ ] 子宮内避妊用具
- [ ] ネイルアート（ジェルネイル・マニキュア等※）

※MRI検査を受けられる方へ：手・足のジェルネイル・マニキュアや外せる金属は来院前にお取り下さい。

- [ ] 上記1. 2に該当する項目がない。

**▼「初めての方」、「内容に変更のある方」はご記入下さい。**

**3. 薬剤（造影剤以外）で具合が悪くなったことがありますか。**

- [いいえ・はい] 薬剤名（ ）
- その時の症状（ショック・嘔吐・吐き気・じんましん・その他： ）

**4. 今までに次の病気を指摘されたことが（ない・ある）。 ⇒「ある」方は該当項目に○をつけて下さい。**

- [ ] ぜんそく [ ] 小児ぜんそく [ ] アレルギー性鼻炎/花粉症 [ ] じんましん [ ] 膠原病
- [ ] 緑内障 [ ] けいれん [ ] てんかん [ ] 副鼻腔炎 [ ] 虫垂炎（盲腸） [ ] 高血圧
- [ ] 糖尿病（薬の名前 ） [ ] 胆石（手術日 ）
- [ ] 甲状腺疾患（病名 、手術日 ） [ ] 前立腺（病名 、手術日 ）
- [ ] 婦人科系疾患（乳がん・子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他： 、手術日 ）
- [ ] その他（病名 、手術日 ）