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

病院名

所在地

氏名

電話

紹介元

　　　年　　月　　日(　　)

印

検査開始時間ではありません。

午前・午後　　　時　　分

　※配達を希望しない日・曜日があれば記入ください(　　　　　　　　)

　□ ＤＶＤ-Ｒ　□　フィルム　□ 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)

紹介目的

単純と造影

検査部位

撮影希望など

受取希望日

提供方法

　大・昭・平・令　　　年　　月　　日(　　　歳)

性別

電話番号

職業

　　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

( 紹介先判断・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

( ひだり・ みぎ )　( 肩・肘・手・股・膝・足)関節、( 　　　　　　 )

　　　　　　)

( 頚部・ 胸・ 腹・ 骨盤・ＭＲＣＰ・ ＭＲＡ(　　　　　　　)・ 頸椎・ 胸椎・腰椎 )

( 脳・下垂体・眼窩・ 内耳道・副鼻腔・ 顎関節・ 　　　　　　　　　　　　)

( 単純のみ・ 単純と造影・ 星陵クリニック判断 )

(　　ＸＣＴ・ＭＲＩ)の検査及び診断

様

患者氏名

患者住所

生年月日

　男・　女

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**

※以下、”有”の場合はレ点を入れてください

(　無・有　)(手術名　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

(　無・有　)(具体名　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)(内容　　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

(　無・有　)

星陵クリニックの検査歴

検査部位の手術歴

体内常磁性金属

**◎造影剤使用時の場合**

気管支喘息

薬剤等アレルギー歴

βブロッカー使用

糖　　尿　　病　　薬

血清クレアチニン値

□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）

)

(

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

(　　　　　mg/dl)(検査日　　　　年　　月　　日)

Kennsa

Bi

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

病院名

所在地

氏名

電話

紹介元

　　　年　　月　　日(　　)

印

検査開始時間ではありません。

午前・午後　　　時　　分

　※配達を希望しない日・曜日があれば記入ください(　　　　　　　　)

　□ ＤＶＤ-Ｒ　□　フィルム　□ 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)

紹介目的

単純と造影

検査部位

撮影希望など

受取希望日

提供方法

　大・昭・平・令　　　年　　月　　日(　　　歳)

性別

電話番号

職業

　　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

( 紹介先判断・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

( ひだり・ みぎ )　( 肩・肘・手・股・膝・足)関節、( 　　　　　　 )

　　　　　　)

( 頚部・ 胸・ 腹・ 骨盤・ＭＲＣＰ・ ＭＲＡ(　　　　　　　)・ 頸椎・ 胸椎・腰椎 )

( 脳・下垂体・眼窩・ 内耳道・副鼻腔・ 顎関節・ 　　　　　　　　　　　　)

( 単純のみ・ 単純と造影・ 星陵クリニック判断 )

(　　ＸＣＴ・ＭＲＩ)の検査及び診断

様

患者氏名

患者住所

生年月日

　男・　女

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**

※以下、”有”の場合はレ点を入れてください

(　無・有　)(手術名　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

(　無・有　)(具体名　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)(内容　　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

(　無・有　)

星陵クリニックの検査歴

検査部位の手術歴

体内常磁性金属

**◎造影剤使用時の場合**

気管支喘息

薬剤等アレルギー歴

βブロッカー使用

糖　　尿　　病　　薬

血清クレアチニン値

□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）

)

(

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

(　　　　　mg/dl)(検査日　　　　年　　月　　日)

Kennsa

Bi

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。