



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>受付予約日時</b>	紹介元	病院名	
年 月 日 ( )		所在地	
検査開始時間ではありません。 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・  
 (頸部・胸・腹・骨盤・MRC P・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) 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 <input type="checkbox"/> HBSAg <input type="checkbox"/> HCVA b <input type="checkbox"/> ワ氏 〈体内デバイス〉 ★：当院MRI 対応不可 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー (★MR ×) <input type="checkbox"/> 除細動器 (★MR ×) ⇒CT：本体部分の撮影は当院対応不可 <input type="checkbox"/> 心臓モニタ <input type="checkbox"/> 人工内耳 (★MR ×) <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 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。

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)

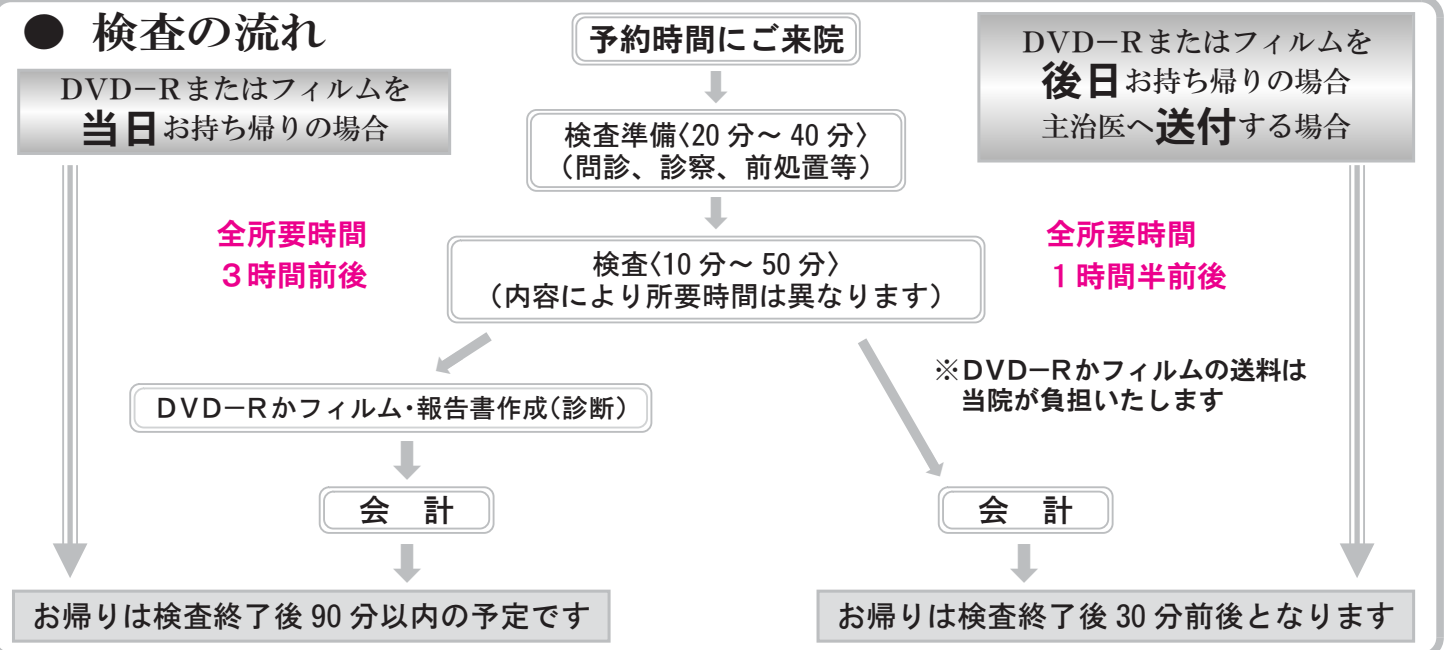
#### “腹部の検査または造影検査の方”

(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。
- 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。

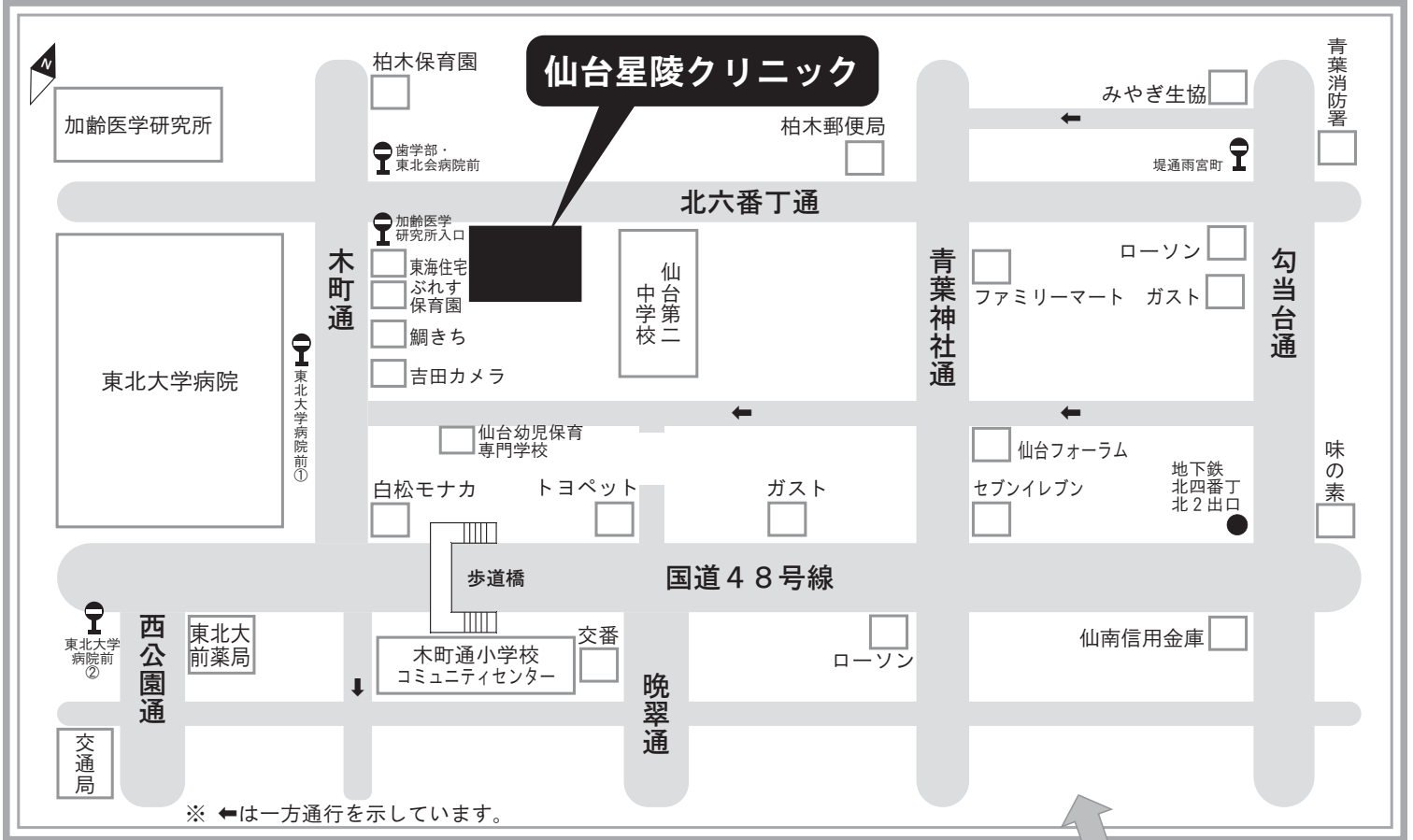
# ●検査料金のご案内

(令和4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

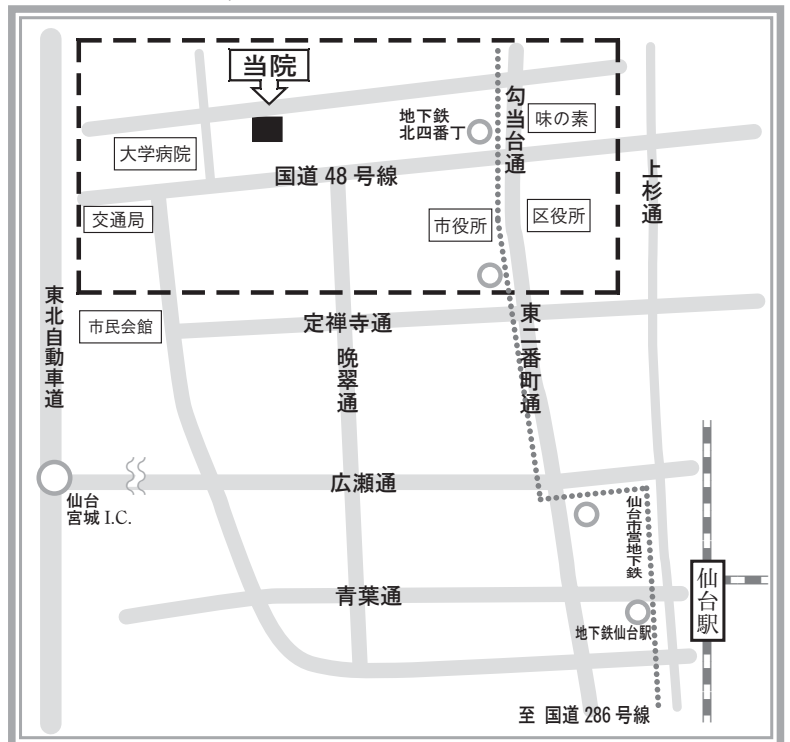
§ 仙台市営バス (のりば: 仙台駅西口バスターミナル)

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)
14	{ 山手町・中山経由 } 泉ビレジ・北中山・西中山・西勝山	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	{ 大学病院・八幡町経由 } 南吉成、貝ヶ森、国見ヶ丘	上記地図のバス停②
9	{ 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ください

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
Family (Last) Name(姓)	First Name(名)	Middle Name
生年月日 大・昭・平・令・西暦	年 月 日	才
〒	TEL	
住所	職業	

## 1. 手術を受けたことがある方は、当てはまるものに○や記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 頭（脳動脈瘤クリップ・水頭症用シャント・人工内耳・その他）	手術日：( )
※MRI 検査の場合：圧調整が必要なシャントが入っている方は調整日に合わせた予約が必要です。人工内耳は当院では対応不可です。	
<input type="checkbox"/> 心臓（心臓ペースメーカー・除細動器・心臓モニター（ ））	手術日：( )
→植込み部位：左胸・右胸・腹部	※受付に手帳・カードをお出しください
<input type="checkbox"/> 体内に <b>金属</b> を入れる手術（ステント・人工関節・、部位：、手術日：( )	
<input type="checkbox"/> その他：胆のう摘出（手術日：( )）、虫垂炎（盲腸）（( )）、( )	
乳がん（右・左）（( )）、（子宮・卵巣）摘出（( )）、( )	

## 2. 薬剤で具合が悪くなったことがあれば○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 注射の造影剤（病気の部分を詳しく調べるためのお薬）：(MRI 検査・CT検査・( )の時	
<input type="checkbox"/> 造影剤以外（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：( )）	

## 3. 今まで指摘されたことがあるものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 腎臓病→ <input type="checkbox"/> 透析中である(シャント：右・左)	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 膠原病
<input type="checkbox"/> 糖尿病（薬の名前( )）			
<input type="checkbox"/> ぜんそく(小児期含む)	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎／花粉症	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> じんましん
<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（病名( )）	<input type="checkbox"/> 胆石
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大・前立腺がん	<input type="checkbox"/> 婦人科系疾患（乳がん・子宮筋腫・卵巣腫瘍・( )）		
<input type="checkbox"/> その他（病名( )）			

## 4. 安全に検査を行うための項目です。当てはまるものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 入れ墨（タトゥー）がある（背中・四肢・眉・アイライン・その他( )）	
<input type="checkbox"/> 狭い所に入ると不安になる→ <input type="checkbox"/> 鎮静剤利用を希望する（※使用後運転はできません）	
<input type="checkbox"/> 一週間以内にバリウム検査をした（( )月( )日）	

以下女性のみお答えください：

<input type="checkbox"/> 妊娠中（( )週）、 <input type="checkbox"/> 授乳中	
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. 装着しているものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 入れ歯・歯科用インプラント	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 義眼	<input type="checkbox"/> 子宮内避妊用具
<input type="checkbox"/> かつら・つけ毛（ウィッグやヘアピース等）	<input type="checkbox"/> 貼り薬・湿布・耳つぼ	<input type="checkbox"/> 治療針・美容用金糸など		
<input type="checkbox"/> ネイルアート（ジェルネイル・マニキュア等 ※）	<input type="checkbox"/> 指輪・ピアス			

MRI 検査の方へ：以下のものは安全性確保および画像への影響が発生するため外して来院ください。

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

6. 上記すべてに当てはまる項目はない