診療情報提供書（紹介元医療機関控）

【予約日時】 平成　　年　　月　　日月曜日
午前・午後　　時　　分

紹介先医療機関：仙台総合放射線クリニック
FAX：022(346)1805
画像診断　担当医　殿

ふりがな	性別
患者氏名　　様	男・女
生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	職業
患者住所　〒 TEL:	
移動方法：☐歩行可（完全自立・要介護　）　☐車椅子　☐ストレッチャー	

紹介元医療機関

外来・入院中

TEL:

診療科　　担当医師氏名

■傷病名

■紹介目的（依頼する画像診断）： ☐CT　☐MRI　☐RI（SPECT）　☐FDG-PET

■造影の有無（CT/MRI）： ☐単純のみ　☐造影希望　☐紹介先委任

■検査部位（下記から選択　CTは脳～骨盤の複数部位選択可、MRIは一部位のみ、ただし脊椎は複数部位可）

CT/MRI： ☐脳　☐頭頸部　☐胸部　☐腹部　☐骨盤
☐頸椎　☐胸椎　☐腰仙椎　☐上肢　☐下肢
☐血管系　☐MRA　☐MRCP　☐その他（　　）

RI（SPECT）： ☐骨シンチ　☐脳血流SPECT　☐その他：＿＿＿＿＿＿(事前にお問合せ下さい)

■検査部位（詳細）：

■現病歴および画像診断で知りたいこと：

■結果のお渡し： ☐紹介元医療機関へ郵送　☐患者さまお持ち帰り　**■画像：** ☐CD-ROM　☐フィルム

■既往歴・家族歴：

・当クリニックでの検査歴： ☐無　☐有（　☐CT　☐MRI　☐RI-SPECT　☐FDG-PET　）

・検査部位の手術歴： ☐無　☐有（手術名　　）

・心臓ペースメーカー： ☐無　☐有　**・妊娠（女性のみ）：** ☐無　☐有

・感染症： HCV Ab（－・＋・不明）　HBsAg（－・＋・不明）　TPHA（－・＋・不明）

■処方

■造影剤使用（造影希望または紹介先委任）および FDG-PETの場合

・アレルギー歴： ☐無　☐気管支喘息　☐薬剤アレルギー（詳細：　　）

・腎機能障害： ☐無　☐有（もしわかれば血清Cr値：　　mg/dL）

・糖尿病治療薬： ☐無　☐有（　☐メトホルミン　☐インスリン　☑その他　）

医療法人 秀放会
仙台総合放射線クリニック
SENDAI Radiation Oncology & Imaging Clinic
〒981-3121　宮城県仙台市泉区上谷刈字向原21番地4　TEL：022(375)1231　FAX：022(346)1805
E-mail info@sendai-roic.or.jp　URL http://www.sendai-roic.or.jp

診療情報提供書

【予約日時】 平成　　年　　月　　日月曜日
午前・午後　　時　　分

紹介先医療機関：仙台総合放射線クリニック
FAX：022(346)1805
画像診断　担当医　殿

ふりがな	性別
患者氏名　　様	男・女
生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	職業
患者住所　〒　　TEL:	
移動方法：□歩行可（完全自立・要介護　）　□車椅子　□ストレッチャー	

紹介元医療機関

外来・入院中

TEL:

診療科　　担当医師氏名

■傷病名

■紹介目的（依頼する画像診断）： □CT　□MRI　□RI（SPECT）　□FDG-PET

■造影の有無（CT/MRI）： □単純のみ　□造影希望　□紹介先委任

■検査部位（下記から選択　CTは脳～骨盤の複数部位選択可、MRIは一部位のみ、ただし脊椎は複数部位可）

CT/MRI： □脳　□頭頸部　□胸部　□腹部　□骨盤
□頸椎　□胸椎　□腰仙椎　□上肢　□下肢
□血管系　□MRA　□MRCP　□その他（　　）

RI（SPECT）： □骨シンチ　□脳血流SPECT　□その他：＿＿＿＿＿＿(事前にお問合せ下さい)

■検査部位（詳細）：

■現病歴および画像診断で知りたいこと：

■結果のお渡し： □紹介元医療機関へ郵送　□患者さまお持ち帰り　**■画像：** □CD-ROM　□フィルム

■既往歴・家族歴：

・当クリニックでの検査歴： □無　□有（　□CT　□MRI　□RI-SPECT　□FDG-PET　）

・検査部位の手術歴： □無　□有（手術名　　）

・心臓ペースメーカー： □無　□有　**・妊娠（女性のみ）：** □無　□有

・感染症： HCV Ab（－・＋・不明）　HBsAg（－・＋・不明）　TPHA（－・＋・不明）

■処方

■造影剤使用（造影希望または紹介先委任）および FDG-PETの場合

・アレルギー歴： □無　□気管支喘息　□薬剤アレルギー（詳細：　　）

・腎機能障害： □無　□有（もしわかれば血清Cr値：　　mg/dL）

・糖尿病治療薬： □無　□有（　□メトホルミン　□インスリン　☑その他　）

医療法人 秀放会
仙台総合放射線クリニック
SENDAI Radiation Oncology & Imaging Clinic
〒981-3121　宮城県仙台市泉区上谷刈字向原21番地4　TEL：022(375)1231　FAX：022(346)1805
E-mail info@sendai-roic.or.jp　URL http://www.sendai-roic.or.jp

画像検査を受ける患者さまへ

【予約日時】 平成　　年　　月　　日月曜日
午前・午後　　時　　分

ふりがな	性別
患者氏名　　様	男・女
生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	
患者住所　〒　　TEL:	

医療法人 秀放会
仙台総合放射線クリニック
SENDAI Radiation Oncology & Imaging Clinic
〒981-3121宮城県仙台市泉区上谷刈字向原21番地4
TEL:022(375)1231　FAX:022(346)1805

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

● 検査当日お持ち頂くもの ●

- **保険証、医療受給者証（該当者）**
- **主治医からお預かりした紹介状（診療情報提供書）およびフィルムなど（あれば）**
- **本書**

あなたの検査が以下の様に予定されています。注意事項をお読みの上、ご来院下さい。
※予約時間の15分前ごろまでに受付して下さい。問診票を記入して戴き、診察後に検査を行います。
検査結果は紹介元医療機関の主治医に直接ご報告します。結果は主治医からお聞き下さい。

■予約された検査の種類：　□CT　□MRI　□RI（SPECT）　□FDG-PET(別紙問診票記入)

■造影の有無（CT/MRI）：　□単純のみ　□造影希望　□紹介先委任
注意事項5をお読みの上、裏面に記入して下さい

■検査部位

CT/MRI：　□脳　□頭頸部　□胸部　□腹部　□骨盤
□頸椎　□胸椎　□腰仙椎　□上肢　□下肢
□血管系　□MRA　□MRCP　□その他（　　）

RI（SPECT）：　□骨シンチ　□脳血流SPECT　□その他：＿＿＿＿＿＿(事前にお問合せ下さい)

【注意事項】

1. 心臓ペースメーカーを装着の方
- CT検査の方は当日ペースメーカー手帳を持参して下さい。
- **MRI検査は受けることができません。**MRI検査が予約されている場合には、主治医に連絡して下さい。

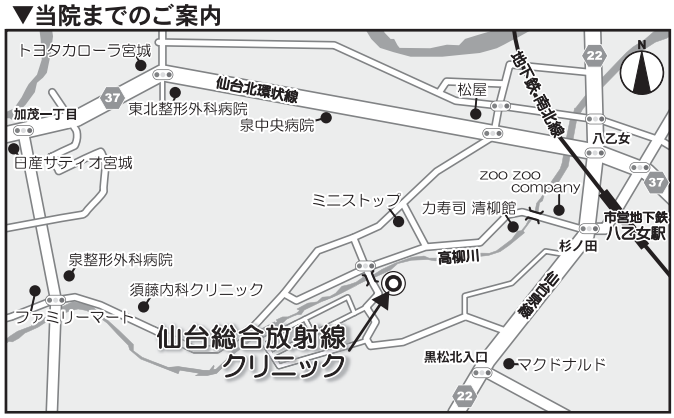
2. コンタクトレンズをご使用の方
- MRI・CT検査では、はずしていただくことがありますので準備をお願いします。

3. MRI検査を受ける方
- 体内に金属性物質のある場合は検査が出来ないことがあります。当日、詳しくお聞きいたします。
- 金属製の装飾品、アイメイクなどは検査前にお取りいただきます。

4. 腹部のCT・MRI検査の方
- 造影剤使用の有無に関わらず予約時間の3時間前から固形物の飲食はお控え下さい。

5.「造影の有無」の項目が「単純のみ」以外の方
- 造影剤を使用する可能性があります。
- 予約時間の3時間前から固形物の飲食はお控え下さい。造影剤の副作用を抑えるため、お茶・お水などは30分前頃までは積極的にお取り下さい。
- 造影検査後は十分に水分をお取り下さい。
- 裏面の『造影剤使用に関する説明と同意書』をお読みの上、ご記入下さい。

▼当院までのご案内



- 杉ノ田交差点を西に約700m川沿いに進み、押しボタン信号左手、橋を渡ってすぐ
- 地下鉄・バス「八乙女駅」下車　徒歩　約10分
- 駐車場約40台完備

▼検査料金のご案内 ※料金は目安です。使用する薬剤等により多少変動します。

		1割負担	2割負担	3割負担
MRI	造影なし	2,500円	5,000円	7,500円
	造影あり	4,000円	8,000円	12,000円
CT	造影なし	2,000円	4,000円	6,200円
	造影あり	3,500円	7,000円	10,000円
骨シンチ		6,500円	13,000円	20,000円
脳 SPECT		8,000円	16,000円	23,000円
FDG-PET		8,700円	18,000円	26,000円