

# 診療情報提供書

(兼 検査依頼票)

年 月 日

## ①患者様情報

氏名

生年月日 年 月 日 性別  男  女

日中連絡先

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック 宛



②予約日時 予約時刻の20分前にはご来院ください。

20 年 月 日 (午前・午後) 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

(フルネーム)

## ③検査区分

保険  自費  自賠責  労災

## ④検査機器

MRI

CT

⑤造影の有無 (「有」の場合、Cr値の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。)

無  有

Cr 値: \_\_\_\_\_ mg/dL eGFR:

測定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

下記に該当する方は造影できません  
MRI: eGFR **30** (ml/min/1.73cm<sup>2</sup>) 未満  
または透析中の方  
CT: eGFR **45** (ml/min/1.73cm<sup>2</sup>) 未満

気管支喘息治療歴

無  有 (  無治療 ・  無症状の状態が5年以上続いている )

## ⑥検査部位 (部位を○で囲んでください)

<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・眼窩・副鼻腔・下垂体)	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	<input type="checkbox"/> 肩関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 上腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手 (左・右)
<input type="checkbox"/> 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭喉頭)	<input type="checkbox"/> 血管 (胸部・腹部・上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 肘関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 前腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足 (左・右)
<input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔・乳房・肺)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 手関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 大腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手指 (左・右)
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎) (MRCP・EOB)		<input type="checkbox"/> 膝関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 下腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足趾 (左・右)
<input type="checkbox"/> 骨盤 (子宮卵巣・前立腺・膀胱・精巣・直腸)		<input type="checkbox"/> 足関節 (左・右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 股関節 (左・右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ⑦傷病名・検査までの経緯・臨床診断・検査目的など、なるべく詳細にご記入ください。

当院記入欄

体 重 \_\_\_\_\_ kg

血 圧 \_\_\_\_\_ mmHg

脈 \_\_\_\_\_ 回

## ⑧チェック項目 (必ず記入をお願いします)

- 体内埋込型医療機器 (ペースメーカー・人工内耳・ICD 等) (無・有) 有の場合、MRI 検査ができません。
- 体内金属 (脳動脈クリップ・ステント・人工関節・インプラント 等) (無・有) 部位・時期・素材・MRI 検査の可否 ( )
- 磁石式バルーンカテーテルキャップ (DIB キャップ) (無・有) 有の場合、MRI 検査時は磁石式でないものに交換してください。
- 刺青・アートメイク・増毛用パウダー・閉所恐怖症 等 (無・有) 有の場合、MRI 検査ができないこともあります。
- 妊娠、もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、CT 検査ができません。14週以降であれば MRI は可能

## ⑨検査結果【画像レポートについて】 ※チェックが無い場合、従来どおりの対応になります

画 像	<input type="checkbox"/> CDR (Viewer 付)	配送方法	<input type="checkbox"/> 配送
	<input type="checkbox"/> CDR (Viewer 無)		<input type="checkbox"/> 持ち帰り
	<input type="checkbox"/> フィルム		<input type="checkbox"/> 画像配信

## ⑩貴院次回診察日

20 年 月 日  
(午前・午後) 時 分

担当

診察医

技師

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

①永仁会 依頼用 予約受付時間 平日:9:00~19:00 土日祝:9:00~17:30

# 診療情報提供書

(兼 検査依頼票)


年 月 日

## ①患者様情報

氏名

生年月日 性別  
年 月 日  男  女

日中連絡先

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック 宛 

②予約日時 予約時刻の20分前にはご来院ください。

20 年 月 日 (午前・午後) 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

(フルネーム)

③検査区分  保険  自費  自賠責  労災

## ④検査機器

MRI

CT

⑤造影の有無 (「有」の場合、Cr値の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。)

無  有

Cr 値: \_\_\_\_\_ mg/dL eGFR:

測定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

下記に該当する方は造影できません  
MRI: eGFR **30** (ml/min/1.73cm<sup>2</sup>) 未満  
または透析中の方  
CT: eGFR **45** (ml/min/1.73cm<sup>2</sup>) 未満

気管支喘息治療歴  無  有 (  無治療 ・  無症状の状態が5年以上続いている )

## ⑥検査部位 (部位を○で囲んでください)

<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・眼窩・副鼻腔・下垂体)	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	<input type="checkbox"/> 肩関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 上腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手 (左・右)
<input type="checkbox"/> 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭喉頭)	<input type="checkbox"/> 血管 (胸部・腹部・上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 肘関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 前腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足 (左・右)
<input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔・乳房・肺)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 手関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 大腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手指 (左・右)
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎) (MRCP・EOB)		<input type="checkbox"/> 膝関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 下腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足趾 (左・右)
<input type="checkbox"/> 骨盤 (子宮卵巣・前立腺・膀胱・精巣・直腸)		<input type="checkbox"/> 足関節 (左・右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 股関節 (左・右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑦傷病名・検査までの経緯・臨床診断・検査目的など、なるべく詳細にご記入ください。

当院記入欄

体 重 \_\_\_\_\_ kg

血 圧 \_\_\_\_\_ mmHg

脈 \_\_\_\_\_ 回

## ⑧チェック項目 (必ず記入をお願いします)

- 体内埋込型医療機器 (ペースメーカー・人工内耳・ICD 等) (無・有) 有の場合、MRI 検査ができません。
- 体内金属 (脳動脈クリップ・ステント・人工関節・インプラント 等) (無・有) 部位・時期・素材・MRI 検査の可否 ( )
- 磁石式バルーンカテーテルキャップ (DIB キャップ) (無・有) 有の場合、MRI 検査時は磁石式でないものに交換してください。
- 刺青・アートメイク・増毛用パウダー・閉所恐怖症 等 (無・有) 有の場合、MRI 検査ができないこともあります。
- 妊娠、もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、CT 検査ができません。14週以降であれば MRI は可能

⑨検査結果【画像レポートについて】 ※チェックが無い場合、従来どおりの対応になります

⑩貴院次回診察日

画 像  CDR (Viewer 付)  配送  
 CDR (Viewer 無)  持ち帰り  
 フィルム  画像配信

20 年 月 日  
(午前・午後) 時 分

担当

診察医

技師

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

予約受付時間 平日:9:00~19:00 土日祝:9:00~17:30

②貴院控え

# 診療情報提供書

(兼 検査依頼票)

年 月 日

## ①患者様情報

氏名

生年月日 性別  
年 月 日  男  女

日中連絡先

③検査区分  保険  自費  自賠責  労災

## ④検査機器

MRI

CT


⑤造影の有無 (「有」の場合、Cr値の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。)

無  有

Cr 値: \_\_\_\_\_ mg/dL eGFR: \_\_\_\_\_  
測定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

下記に該当する方は造影できません  
MRI: eGFR**30** (ml/min/1.73cm<sup>2</sup>) 未満  
または透析中の方  
CT: eGFR**45** (ml/min/1.73cm<sup>2</sup>) 未満

気管支喘息治療歴  無  有 (  無治療 ・  無症状の状態が5年以上続いている )

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック 宛 

②予約日時 **予約時刻の20分前にはご来院ください。**

20 年 月 日 (午前・午後) 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

(フルネーム)

## ご来院前の確認事項 (下記項目についてご確認ください)

<ご持参いただくもの> 保険証・診療情報提供書・お薬手帳・医療券 (生活保護の方)・受給者証

### < MRI 検査を受けられる方へ >

※下記のような金属がある方は、MRI 検査ができません。

心臓ペースメーカー、ICD (植え込み型除細動器)、人工内耳、脳脊髄刺激電極、磁石式人工肛門、  
取り外せないタイプの入れ歯、可変圧バルブシャントチューブ 等

※上記項目以外でも体内に金属がある方は、MRI 検査ができない場合があります。

脳動脈クリップ、体内クリップ、ステント、コイル、人工関節、インプラント 等

(材質がチタン・プラチナ製のものは検査可能です。挿入部位、時期、素材を伝えてください)

※下記項目に該当する方は、MRI 検査ができません。

妊娠している可能性のある方、または妊娠中で 14 週未満の方、

閉所恐怖症などで狭いところに入れない方、長時間同じ姿勢が保てない方、お体が大きく MRI の中に入れない方

### ※その他の注意点

●入れ墨、化粧 (アイシャドウ、アイライン等) をされている方は、検査の際、その部分が熱くなることがあります。  
増毛用パウダーは使用しないでください。

●コンタクトレンズは外して頂く場合がありますので、保存ケースをお持ちください。

●磁石式のバルーンカテーテル用キャップ『DIB キャップ』は磁石の機能を失う可能性があるため、  
磁石式でない器具に交換してからご来院ください。

●ヒートテックなどの冬用機能性下着は着用を控えて頂くか、替えの下着をご用意ください。

●検査前に着替えをして頂きます。お一人で着替えができない方、また着替えに時間がかかる方は、  
着替えが行いやすい服装でご来院ください。

### < MRI または CT 検査を受けられる方へ >

検査項目により制限事項があります。検査不十分となることがありますので順守してください。

※腹部検査・造影検査の方・・・4 時間前から飲食禁止

※前立腺・膀胱の検査・・・1 時間前から排尿禁止

(CT 検査の場合は飲み物は可)

### < 検査料金の目安 (3 割負担) >

CT 検査 : 造影剤なし 7000 円 造影剤あり 12000 円

MRI 検査 : 造影剤なし 8000 円 造影剤あり 13000 円

< 自賠責保険等を利用して受診する場合は、必ず事前に保険会社へ連絡をお願いします。 >

TEL 04-2903-7888 受付時間 9:00 ~ 17:30

原則水曜休診(詳しくはホームページでご確認ください)

**電車でお越しください。所沢駅から徒歩5分です。**

当院駐車場は駐車できる台数が少ないため、車イスやストレッチャーの方の利用を優先させていただいております。当院駐車場が満車の場合は「所沢パークホテル」に空きがあればご利用いただけますが、所沢パークホテルも満車の場合は駐車できる場所やサービスできる駐車場はありませんのでご了承ください。

