

# 診療情報提供書（画像診断依頼書）

ゆうあいクリニック 小澤 幸彦 先生

以下の患者様の画像診断をお願い申し上げます。

予約日時：	年	月	日（午前・午後）	時	分
-------	---	---	----------	---	---

貴医療機関名	診療科	担当医師（フルネーム）
TEL: ( )		

▽依頼内容 ※PET検査またはPET/CT検査にMRI検査、US検査を一つ以上追加した場合、「総合画像診断」という名称を使用します。

<input checked="" type="checkbox"/> PET/CT	(頭頂部から大腿基部まで) <input type="checkbox"/> CT不要
<input type="checkbox"/> PEM+PET/CT	※PEM：乳房専用PET ※PET/CT装置の特性上、吸収補正は低線量CTで減弱補正を行います。
<input type="checkbox"/> 単純MRI	<input type="checkbox"/> 脳MRA無 <input type="checkbox"/> 脳MRA有 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部（目的臓器： ） <input type="checkbox"/> 骨盤部
<input type="checkbox"/> 造影MRI	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他（ ）
※1部位のみ	血清クレアチニン値（ mg/dl 年 月 日 測 ※検査予約日から3ヶ月以内の値を記載して下さい。
※ガドリニウム系造影剤使用	※血清クレアチニン男性1.6mg/dl 女性1.2mg/dlを超える場合や気管支喘息の場合は左記検査をお引き受けできません。
<input type="checkbox"/> CT（単純） ※複数部位選択可能	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> US ※1部位のみ	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 上腹部
受診結果DISK	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 ※ご不要の場合にはご連絡ください。

ふりがな	性別	住所 〒
患者様名	男・女	
生年月日	大正・昭和 平成・西暦 年 月 日	TEL: ( ) 携帯: ( )
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 脾癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 軟部組織腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 心筋サルコイドーシス <input type="checkbox"/> ヘパリンの使用可 <input type="checkbox"/> ヘパリンの使用不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移再発診断 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※スクリーニングおよび良悪鑑別は自費となります。	

病理検査・ 腫瘍マーカー・ 臨床経過等	※必ずご記入 ください。
---------------------------	-----------------

治療歴	手術歴 無・有 年 月 術式	化学療法 無・有 年 月
	無・有 年 月 術式	放射線治療 無・有 年 月
糖尿病	無・有（BS mg/dl） ※糖尿病薬剤は検査当日の使用を避けてください。 ※空腹時血糖200mg/dlを超える場合はご相談ください。	3ヶ月以内のG-CSFの使用 無・有 → 薬剤名（ ）

ヘパリン	無・有	妊娠	無・有	現在状況	外来・入院中
体内金属	無・有（ ）	感染症	無・有（ ）	30分静止	可・不可
人工肛門	無・有（ ）	喘息	無・有	経口摂取	可・不可（ ）
気管切開	無・有（ ）	アレルギー	無・有（ ）	自力歩行	可・車椅子・ストレッチャー

持込画像は、データ（DISK）のみお受けいたします。ゆうあいクリニックでの検査結果を直接依頼元の医療機関へ提供することについて受診者の同意がある場合に限り、本診療情報提供書をご利用ください。なお、特別な取扱いが必要な場合には、下記の電話番号へご連絡ください。

コールセンター臨床 FAX 045-548-1969 / TEL 045-540-8215  
予約フリーダイヤル 0120-852-026



医療法人社団ゆうあい会  
ゆうあいクリニック