

診療情報提供書(画像診断依頼書)

ゆうあいクリニック 吉田 啓介 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 時 分

貴医療機関名 TEL: ()	診療科	担当医師(フルネーム)
--------------------	-----	-------------

▽依頼内容 ※PET検査またはPET/CT検査にMRI検査を追加した場合、「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"/> 乳房専用PET追加 <input type="checkbox"/> CT不要	※保険診療の算定要件では原則6か月以上の間隔をとることとされています。 患者様の病状等によりどうしても短期間での検査が必要な場合は、その理由を詳しくご記載ください。 ※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"/> 糖尿病	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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。

<input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 造影MRI ※1部位のみ	<input type="radio"/> 脳MRA無 <input type="radio"/> 脳MRA有 <input type="radio"/> 頭頸部 <input type="radio"/> 上腹部 (目的臓器:) <input type="radio"/> 骨盤部 <input type="radio"/> 頸椎 <input type="radio"/> 胸椎 <input type="radio"/> 腰椎 <input type="radio"/> その他 ()
---	--

<input type="checkbox"/> 体内金属	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → MRI(1.5T)撮影可 [部位・挿入物: 挿入時期:] ※素材や留置経過期間によって検査できないことがあります。※MRI対応ペースメーカー:当院は施設基準を満たしていないため、検査できません。
造影のみ	※ガドリニウム系造影剤使用(MRI造影剤でアレルギー歴のある場合は造影検査をお引き受けできません。) ※当日の診察で造影から単純に変更する場合があります。
血清クレアチニン値	(mg/dl 年 月 日 測定) ※検査予約日から3ヶ月以内の値を記載してください。 ※血清クレアチニン男性1.6mg/dl 女性1.2mg/dlを超える方は、以下の理由を満たしている場合のみ造影検査をお引き受けします。【チェック必須】 <input type="checkbox"/> 診断上やむを得ないと判断される場合 かつ 他の検査法で代替することができない場合
気管支喘息	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 喘息発作または治療歴が1年以内に <input type="radio"/> 無 / <input type="radio"/> 有 ※造影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="radio"/> 頸動脈 <input type="radio"/> 頸部リンパ節 <input type="radio"/> 甲状腺 <input type="radio"/> 乳房 <input type="radio"/> 上腹部
<input type="checkbox"/> MMG ※禁忌事項は予約時にご確認ください。		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 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	住所 〒
患者様名	様	
生年月日	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 年 月 日 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 西暦	TEL: () 携帯: ()

傷病名	<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"/> 膝癌 <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"/> 悪性軟部腫瘍 (部位・組織:) <input type="checkbox"/> 悪性脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 心筋サルコイドシス <input type="checkbox"/> 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 巨細胞性動脈炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	--

紹介目的	<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。
------	---

※必ずご記入ください。	症状経過・治療経過
検査結果 (病理検査・腫瘍マーカー等)	
既往歴	

治療歴	手術歴 年 月 術式	化学療法 年 月
	年 月 術式	放射線治療 年 月

職業・家族歴・現在の処方・備考

備考 1.必要がある場合は続紙に記載して添付すること。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すること。
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保険薬局、市町村、保険所名等を記載すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては、以下について患者様へご説明し、ご理解を得ることが必要とされています。
☑ PET検査1回当たりの被ばく線量は約3mSv(ミリシーベルト)、CT検査1回当たりの被ばく線量は約2~10mSvです。ただし、体重や撮影部位により被ばく線量は異なります。
☑ 放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行う事により得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。
☑ ゆうあいクリニックでは、医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分に考慮した上で、最適化を定期的に行っています。
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患者様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。

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

02_01_01_0001-20