

① 診療情報提供書

ご紹介医療機関様 控え

平成 年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 札幌クリニック

〒065-0013
札幌市東区北13条東1丁目2番50号

TEL.011-711-1331

FAX.011-711-1337

LSI ID 欄:

ご紹介医療機関

名 称

T E L () -

F A X () -

診 療 科

診 療

外来・入院()

担 当 医

※押印の場合は3枚目まで押印下さい。

フリガナ 受診者様氏名	住所
(明・大・昭・平) 年 月 日生(男・女)	TEL () -
依頼検査日	年 月 日 時 分 検査開始
画像形式	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム+CD <input type="checkbox"/> フィルム ※記載のない場合はCDで作成します。
至急報告	<input type="checkbox"/> でき次第FAX <input type="checkbox"/> 月 日 時頃までにFAX希望 <input type="checkbox"/> 次回来院日 月 日
<input type="checkbox"/> PET/CT用	保険適応 / 悪性腫瘍(早期胃がんを除く) 糖尿病(無・有) インシュリン注射(無・有) 血糖値(mg/dl) AIC() ※検査当日に食事や血糖降下薬の服用(インシュリン注射)等を行うと検査中止となりますので、4枚目の注意事項を必ずご確認ください。
<input type="checkbox"/> MRI用 (<input type="checkbox"/> 造 影)	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・脾 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 関節(顎・肩・肘・手・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髓(頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> MRA(頭・頸・腎・下肢) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> CT用 (<input type="checkbox"/> 造 影)	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・脾 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> CTA(頭・心・体幹部・下肢) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> SPECT (別紙併用)	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()
病名・主訴	
臨床経過・検査依頼目的・撮像方法の指示	※読影上、重要ですので詳細に記入願います。
※腎機能(造影検査の場合には必ず記載して下さい) ○クレアチニン値(mg/dl/直近3ヶ月以内の数値) ※造影剤使用でのアレルギー反応がある場合は、造影検査を行う事ができません。 ※手術歴(摘出した臓器があれば記載願います:)	
受診者様の状態	・アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ・感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(HBs抗原・HCV・HIV・MRSA) ・体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> その他() ・移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

3枚目・4枚目 受診者様用

4枚目の注意事項については御担当医、医療連携御担当者様も必ずお読みください。



② 診療情報提供書

LSI札幌クリニック提出用

平成 年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 札幌クリニック

〒065-0013
札幌市東区北13条東1丁目2番50号

TEL.011-711-1331

FAX.011-711-1337

LSI ID 欄:

ご紹介医療機関

名 称

T E L () -

F A X () -

診 療 科

診 療

外来・入院()

担 当 医

※押印の場合は3枚目まで押印下さい。

フリガナ

受診者様氏名

様

住 所

(明・大・昭・平) 年 月 日生(男・女)

T E L () -

依 頼 検 査 日

年 月 日

時 分

検 査 開 始

画 像 形 式

CD

フィルム+CD

フィルム

※記載のない場合はCDで作成します。

至 急 報 告

でき次第FAX

月 日

時頃までにFAX希望

次回来院日

月 日

PET/CT用

保険適応 / 悪性腫瘍(早期胃がんを除く)

糖尿病(無・有) インシュリン注射(無・有) 血糖値(mg/dl) AIC()

※検査当日に食事や血糖降下薬の服用(インシュリン注射)等を行うと検査中止となりますので、4枚目の注意事項を必ずご確認ください。

M R I 用

(造 影)

頭

頭頸部

乳腺

肝・胆・膵・脾

MRCP

腎・副腎

骨盤部

関節(顎・肩・肘・手・股・膝・足)

脊椎・脊髄(頸・胸・腰)

MRA(頭・頸・腎・下肢)

その他()

C T 用

(造 影)

頭

頭頸部

胸部

肝・胆・膵・脾

腎・副腎

骨盤部

CTA(頭・心・体幹部・下肢)

脊椎(頸・胸・腰)

その他()

S P E C T

(別紙併用)

全身

脳

心臓

骨

その他()

超 音 波

甲状腺

頸動脈

心臓

乳腺

腹部

その他()

病 名・主 訴

臨床経過・検査依頼目的・撮像方法の指示

※読影上、重要ですので詳細に記入願います。

※腎機能(造影検査の場合には必ず記載して下さい)

○クレアチニン値(mg/dl/直近3ヶ月以内の数値)

※造影剤使用でのアレルギー反応がある場合は、造影検査を行う事ができません。

※手術歴(摘出した臓器があれば記載願います:)

受診者様の状態

・アレルギー 無 有() ・感染症 無 有(HBs抗原・HCV・HIV・MRSA)

・体内金属 無 有() その他()

・移 動 歩行 車椅子 ストレッチャー

3 枚目・4 枚目 受診者様用

4枚目の注意事項については御担当医、医療連携御担当者様も必ずお読みください。



③検査予約表

受診者様用



平成 年 月 日

LSI 医療法人 新産健会
札幌クリニック

〒065-0013
札幌市東区北13条東1丁目2番50号

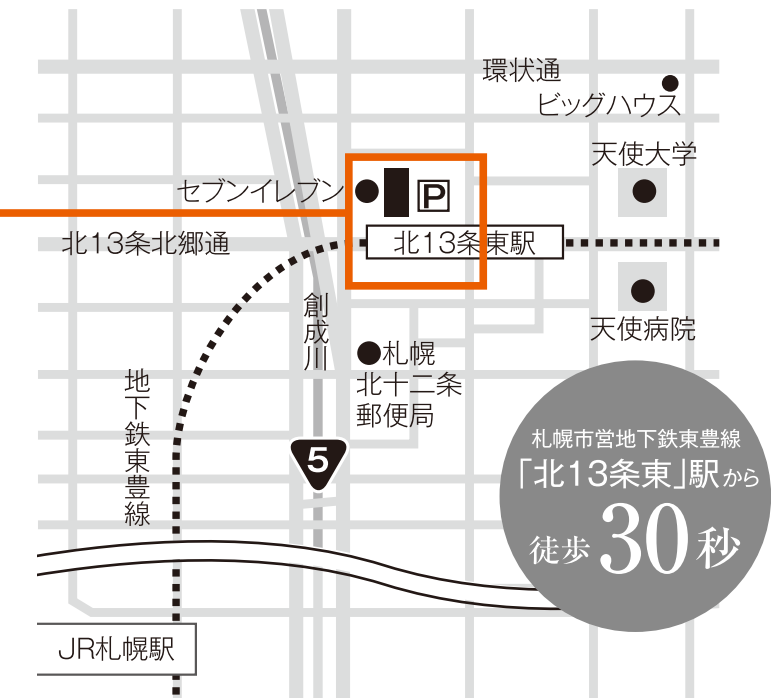
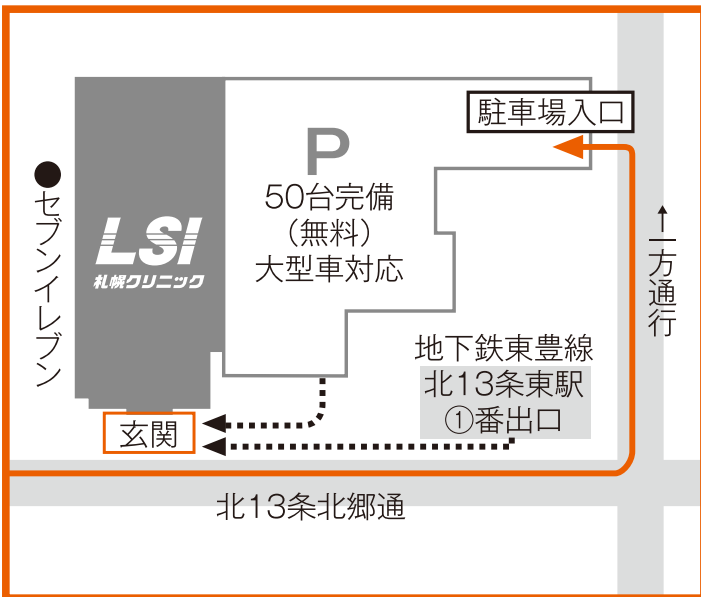
TEL.011-711-1331
FAX.011-711-1337

LSI ID 欄:

ご紹介医療機関

名 称			
T E L	() -	F A X	() -
診 療 科	科	診 療	外来・入院()
担 当 医	※押印の場合は3枚目まで押印下さい。		

フリガナ 受診者様氏名	住所
(明・大・昭・平) 年 月 日生(男・女)	TEL () -
依頼検査日	年 月 日 時 分 検査開始
来院時間	PET/CT検査 検査開始1時間20分前までにお越しください。(※例:検査開始13時00分の場合、来院時間11時40分です。)
	MRI・CT検査・超音波検査 検査開始20分前までにお越しください。
	SPECT検査 時 分までにお越しください。(検査により異なります。)



JR札幌駅〈北口〉からタクシー ……………5分
地下鉄東豊線「北13条東駅」1番出口 ……徒歩30秒

LSI 医療法人 新産健会
札幌クリニック

札幌市東区北13条東1丁目2番50号
TEL:011-711-1331 FAX:011-711-1337



PET/CT検査

〈食事について〉

- ・来院時間の6時間前からは絶食としてください。
- ・飲み物は糖分の入っていない水かお茶にしてください。なお、飲み物は多めに摂取してください。
- ・注射後、1時間安静にしてお待ちいただきますが、その間に水 500mlを飲んでいただきます。

〈その他〉

- ・検査前日は、激しい運動は控えてください。(ランニング・雪かき等)
- ・当日、お越しになる際は荷物など重たいものを持つことは控えてください。
- ・胃バリウム、注腸バリウムやガストログラフィンを用いた検査は1週間程度の期間を空けてください。
- ・大腸刺激性下剤の当日使用は止めていただきます。(浸透圧性下剤の使用は問題ありません)

〈糖尿病の方へ〉

- ・検査当日に、血糖降下薬の服用、インシュリン注射を行うと検査中止となります。詳細は主治医の先生にご確認ください。
- ・その他のお薬に制限はございません。
- ・検査当日、空腹時の血糖値が150mg/dl 以上の場合、検査中止となる場合がございます。

〈女性の方へ〉

- ・妊娠中の方は検査をお受けできません。

MRI検査

MRI検査は強い磁力と電波を使用した検査です。安全に検査を行うために下記の事項をお守りください。

〈検査をお受けできない方〉

- ・心臓ペースメーカーを使用されている方・人工内耳を使用されている方・V-Pシャント挿入されている方。

〈検査を受けることのできない可能性のある方〉

- ・金属製の心臓人工弁を使用されている方(材質により、検査できないことがあります)
- ・冠動脈ステントを挿入後3ヶ月未満の方、磁石式の義眼を使用されている方
- ・現在妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
- ・体内に手術や治療または事故などで金属が埋め込まれている方(材質が確認できない場合は、当院ではMRI検査が受けられない場合がございます)

〈検査時は以下のものは取り外していただきます〉

- ・金属のついた物(入れ歯、補聴器、エレキバン、ブラジャー、キャミソール、時計、ベルト、ネックレス、ヘアピン、イヤリング、ピアス、指輪、その他アクセサリー類)・磁気カード(キャッシュカード、クレジットカード、定期券など)・貼り薬(湿布、ニトロダーム、使い捨てカイロなど)・コンタクトレンズ
- ・アイシャドー・アイライン・マスカラなどの化粧品

※検査時コンタクトレンズを取り外していただきますので、ケースをご持参下さい。

※検査時化粧を落としていただくことがございますので、化粧品をご持参ください。当院で化粧落としの用意はありません。

※腹部の場合、検査開始時間の5時間前からは絶食としてください。(飲水制限なし)

※服薬中のお薬の服用、貼り薬に関しては、主治医の先生にご確認ください。

MRI・CT造影検査

・造影検査では、検査前に血管内に造影剤を注射し検査いたします。そのため、以下の症状のある方は検査を行えない場合がございますので、事前にお申し出ください。

※アレルギーのある方(食物・薬剤含む)、喘息の既往のある方、過去に造影剤を使用して症状の出た方。

※造影剤使用履歴カードをお持ちの方はご持参ください。

※CT造影検査の場合は、前後2日間ビグアナイド系糖尿病薬の休薬をお願いします。

- ・検査開始の3時間前からは絶食としてください。(飲水制限なし)

CT検査

・妊娠中の方は、検査をお受けできません。

- ・腹部の場合、検査開始時間の5時間前からは絶食としてください。(飲水制限なし)

超音波検査

- ・腹部の場合、検査開始時間の5時間前からは絶食としてください。(飲水制限なし)