

年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 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

LSI ID 欄:

ご紹介医療機関

名 称			
T E L	() -	F A X	() -
診 療 科	科 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	性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご 住 所 ※市や区まで		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
検 査 日 時	年 月 日	受 付 時 間	時 分

<input type="checkbox"/> PET / CT <small>※保険適用チェック表を添付ください</small>	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 ①~④記入→ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ① 血糖降下薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ② インスリン注射 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ③ インスリンポンプ・測定器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ④ 当日血糖高値の場合主治医へ連絡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※検査当日に食事、血糖降下薬の服用、インスリン注射等を行うと、検査中止となります。
	COVID-19 ワクチン	接種日:	部位: <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕	※接種後6週以内は画像に影響する可能性があります
<input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 造 影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <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(頸・肩・肘・手・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄(頸・胸・腰)			
<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 造 影	<input type="checkbox"/> MRA(頭・頸・腎・下肢) <input type="checkbox"/> CTA(頭・体幹部・下肢) <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()			
<input type="checkbox"/> S P E C T	詳細な検査内容につきましては、別紙「核医学検査依頼用」を添付してください			

受診者様情報 (全員記載)	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	身長 / 体重	cm / kg
	ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、MRI不可	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	その他	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責
(造影実施のみ)	喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、ご相談ください	クレアチニン	mg/dl (3ヵ月以内)
	糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名:)	造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、ご相談ください
結果報告	<input type="checkbox"/> CDのみ <input type="checkbox"/> CD+カラーフィルム <input type="checkbox"/> でき次第FAX			

病名・主訴	
臨床経過・検査依頼目的・撮像方法の指示※別紙添付も可 (摘出した臓器があればご記入ください)	

3枚目・4枚目 受診者様用



年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 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

LSI ID 欄:

ご紹介医療機関	名 称			
	T E L	() -	F A X	() -
	診 療 科	科 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	性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご 住 所 ※市や区まで		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
検 査 日 時	年 月 日	受 付 時 間	時 分

<input type="checkbox"/> PET / CT <small>※保険適用チェック表を添付ください</small>	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 ①~④記入→ <input type="checkbox"/> 無	① 血 糖 降 下 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ② イ ン ス リ ン 注 射 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ③ イ ン ス リ ン ポ ン プ ・ 測 定 器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ④ 当 日 血 糖 高 値 の 場 合 主 治 医 へ 連 絡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<small>※検査当日に食事、 血糖降下薬の服用、 インスリン注射等を行うと、 検査中止となります。</small>
	COVID-19 ワクチン	接種日： 部位： <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕	
<input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 造 影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <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(頸・肩・肘・手・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄(頸・胸・腰)		
<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 造 影	<input type="checkbox"/> MRA(頭・頸・腎・下肢) <input type="checkbox"/> CTA(頭・体幹部・下肢) <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()		
<input type="checkbox"/> S P E C T	詳細な検査内容につきましては、別紙「核医学検査依頼用」を添付してください		

受診者様情報 (全 員 記 載)	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	身長 / 体重	cm / kg
	ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※有の場合、MRI不可</small>	感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	そ の 他	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責
(造 影 実 施 の み)	喘 息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※有の場合、ご相談ください</small>	クレアチニン	mg/dl (3ヵ月以内)
	糖 尿 病 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名:)	造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※有の場合、ご相談ください</small>
結 果 報 告	<input type="checkbox"/> CDのみ <input type="checkbox"/> CD+カラーフィルム <input type="checkbox"/> でき次第FAX			

病 名 ・ 主 訴	
臨床経過・検査依頼目的・撮像方法の指示※別紙添付も可 (摘出した臓器があればご記入ください)	





年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 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

LSI ID 欄:

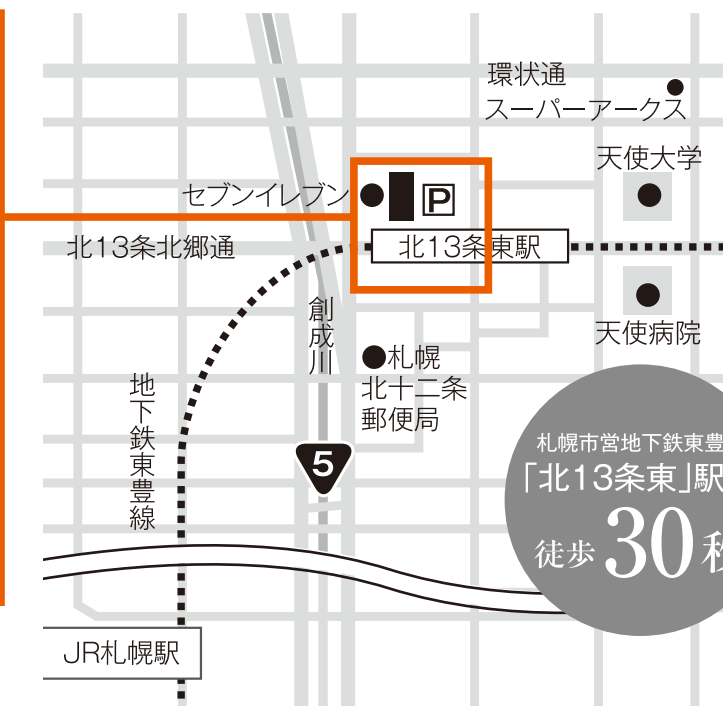
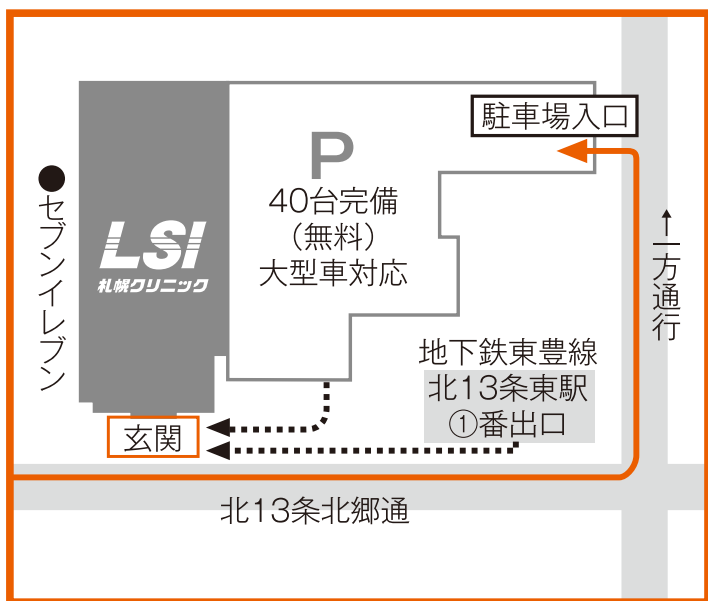
ご紹介医療機関

名 称			
T E L	() -	F A X	() -
診 療 科	科 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	性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
ご 住 所 ※市や区まで		生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
検 査 日 時	年 月 日	受 付 時 間	時 分	

↓チェック項目が、今回受診する検査です。検査の注意事項を必ずご確認ください。

<input type="checkbox"/> P E T / C T	④注意事項の「PET/CT検査」の欄をご確認ください。
<input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 造 影 影	④注意事項の「MRI検査」の欄をご確認ください。 造影剤ありにチェックがある場合は、「MRI・CT造影検査」の欄もご確認ください。
<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 造 影 影	④注意事項の「CT検査・超音波検査」の欄をご確認ください。 造影剤ありにチェックがある場合は、「MRI・CT造影検査」の欄もご確認ください。
<input type="checkbox"/> 超 音 波	④注意事項の「CT検査・超音波検査」の欄をご確認ください。
<input type="checkbox"/> S P E C T	注意事項は、受診している病院にご確認ください。



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



PET/CT検査

1. 受付時間の6時間前からは絶食としてください。
※アメやガムなども食べないでください。
※飲み物は糖分の入っていない水かお茶にしてください。
2. 検査前日・当日は、運動は控えてください。
3. 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、期間を空けてください。
4. 検査当日、下剤やサプリメントは服用しないでください。
5. 入れ歯は検査時に外していただきます。
6. 被ばくを伴うため、妊娠中の方は受診できません。
7. 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あります。

【糖尿病 治療中の方へ】

- 検査当日に、「**血糖降下薬の服用**」、「**インスリン注射**」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。

MRI検査

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。

1. 腹部検査の場合、受付時間の3時間前からは絶食としてください。水分の制限はありません。
2. 下記のもの、お体に入っていないかご確認ください。

■ 検査できないもの

・心臓ペースメーカー ・植え込み式除細動器 ・人工内耳 ・脳室シャント

■ 場合によっては検査できないもの

手術や治療などで体内に金属(ネジ、ボルト、プレートなど)が入っている

※当日問診表をご記入いただけます。内容によっては検査が受けられない可能性があります。

3. 金属類は当日外していただきます。
化粧・一時染毛料(増毛パウダー・白髪ファンデーション)は検査に影響を及ぼしますので控えてください。

MRI・CT造影検査

1. 受付時間の3時間前からは絶食としてください。水分の制限はありません。
2. 造影検査では、検査前に血管内に造影剤を注射し検査します。
そのため、以下に該当する方は検査を行えない場合がございます。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)
 - ・喘息の症状のある方
 - ・造影剤副作用歴のある方
3. 造影剤使用履歴カードをお持ちの方はお持ちください。
4. CT造影検査は、前後2日間(検査日を含め、計5日間)ビグアナイド系糖尿病薬を飲まないでください。

CT検査・超音波検査

1. 腹部検査の場合、受付時間の3時間前からは絶食としてください。水分の制限はありません。
2. CT検査は被ばくを伴うため、妊娠中の方は受診できません。