

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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご住所 ※市や区まで
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 (歳)	電話番号
検査日時	年 月 日 受付 時 分 (検査 時 分)		

<input type="checkbox"/> PET / CT ※保険適用チェック表を添付ください	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	※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。
	6週以内のワクチン接種	種類： 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 ※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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご住所 ※市や区まで	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)	電話番号	
検査日時	年 月 日 受付 時 分 (検査 時 分)		

<input type="checkbox"/> PET / CT ※保険適用チェック表を添付ください	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	※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。
	6週以内のワクチン接種	種類： 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 ※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)	





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:

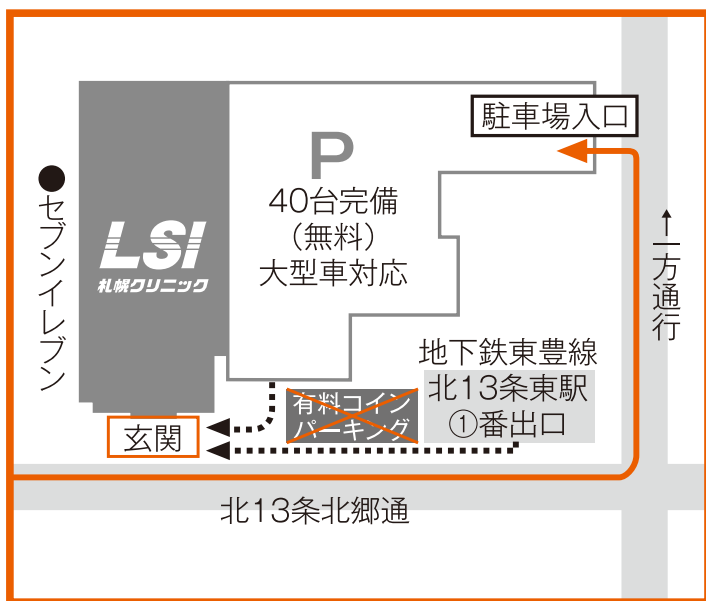
ご紹介医療機関

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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご住所 ※市や区まで
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 (歳)	電話番号
検査日時	年 月 日 受付 時 分 (検査 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	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	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



～検査共通のご案内～

ひとりでの受診が難しい方は、必ずお付添の方と一緒に来院いただき、検査終了まで付添いをお願いいたします。
外出される場合は、検査担当者へお知らせの上、患者様と一緒に外出し、検査時間までにお戻りください。
なお、放射性薬剤により被ばくするため、妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、小児(10歳未満)の来院はお控えください。

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。
※糖分やカロリーを含む飲み物、栄養剤(経口・胃瘻・経管いずれも)も摂取しないでください。
※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. 被ばくを伴うため、妊娠中の方は受診できません。
6. 検査当日、空腹時の血糖値が150mg/dl以上の場合、検査中止となる可能性があります。
7. 心サルコイドーシスの方は、食事制限などが上記と異なります。主治医にご確認ください。

【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。
「ビグアナイド系糖尿病薬」を服用している場合は、可能であれば検査の72時間前から休薬してください。
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. 下記のものが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
※当日問診票をご記入いただきます。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。
4. 一時染毛料(増毛パウダー・白髪ファンデーション)は検査機器の故障の原因となりますので、使用しないでください。
使用した場合、検査中止になる可能性があります。
5. 化粧(特にマスカラ、アイシャドウ)は火傷をする可能性がありますので、お控えください。

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、下記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. 被ばくを伴うため、妊娠中の方は受診できません。