

診療情報提供書

(兼 検査依頼票)

年 月 日

①患者様情報

氏名

生年月日 年 月 日 性別 男 女

日中連絡先

③保険種別 保険 自費 自賠責 労災

医療法人 永仁会 Seeds Clinic 新宿三丁目 宛 

②受付日時

20 年 月 日 (午前・午後) 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

(フルネーム)

④検査機器

MRI

CT

⑤造影の有無

〔「有」の場合、Cr値と気管支喘息の有無の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。〕

無 有

Cr値: _____ mg/dL eGFR: _____

測定日: _____ 年 _____ 月 _____

下記に該当する方は造影できません
MRI : eGFR **30** (ml/min/1.73cm²) 未満
または透析中の方
CT : eGFR **45** (ml/min/1.73cm²) 未満

気管支喘息治療歴

無 有 (無治療 ・ 無症状の状態が5年以上続いている)

⑥次回外来日

年 月 日 (AM・PM) 時 分

⑦患者様から直接予約電話をする場合は下記をご記入ください

検査部位:

⑧検査部位 (部位を○で囲んでください)

<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・眼窩・副鼻腔・下垂体)	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	<input type="checkbox"/> 肩関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 上腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手 (左・右)
<input type="checkbox"/> 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭喉頭)	<input type="checkbox"/> 血管 (胸部・腹部・上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 肘関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 前腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足 (左・右)
<input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔・乳房・肺)	<input type="checkbox"/> 冠動脈 (CTのみ) βブロッカー (可・不可) ステント (無・有) バイパス (無・有)	<input type="checkbox"/> 手関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 大腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手指 (左・右)
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎) (MRCP・EOB)		<input type="checkbox"/> 膝関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 下腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足趾 (左・右)
<input type="checkbox"/> 骨盤 (子宮卵巣・前立腺・膀胱・精巣・直腸)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 足関節 (左・右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑨傷病名・検査までの経緯・臨床診断・検査目的など、なるべく詳細にご記入ください。

当院記入欄

身長 _____ cm 体重 _____ kg
血圧 _____ mmHg
脈 _____ 回
診察医 _____ 技師 _____

⑩チェック項目 (必ず記入をお願いします)

- 体内埋込型医療機器 (ペースメーカー・人工内耳・ICD 等) (無・有) 有の場合、MRI 検査ができません。
- 体内金属 (脳動脈クリップ・ステント・人工関節・インプラント 等) (無・有) 部位・時期・素材・MRI 検査の可否 ()
- 磁石式バルーンカテーテルキャップ (DIB キャップ) (無・有) 有の場合、MRI 検査時は磁石式でないものに交換してください。
- 刺青・アートメイク・増毛用パウダー・閉所恐怖症 等 (無・有) 有の場合、MRI 検査ができないこともあります。
- 妊娠、もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、MRI (3.0T)・CT 検査ができません。

⑪検査結果【画像レポートについて】 ※チェックが無い場合、従来どおりの対応になります

画 像	<input type="checkbox"/> CDR (Viewer 付)	配送方法	<input type="checkbox"/> 配送	レポート	<input type="checkbox"/> 配送
	<input type="checkbox"/> CDR (Viewer 無)		<input type="checkbox"/> 持ち帰り		<input type="checkbox"/> FAX
	<input type="checkbox"/> フィルム		<input type="checkbox"/> 画像配信		<input type="checkbox"/> 画像配信

TEL 04-2930-8505

FAX 04-2930-8506

予約受付時間: 9:00 ~ 20:00

(土日祝 9:00 ~ 17:30)

診療情報提供書

(兼 検査依頼票)

年 月 日

①患者様情報

氏名

生年月日 性別
年 月 日 男 女

日中連絡先

③保険種別 保険 自費 自賠責 労災

医療法人 永仁会 Seeds Clinic 新宿三丁目 宛 

②受付日時

20 年 月 日 (午前・午後) 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

(フルネーム)

④検査機器

MRI

CT

⑤造影の有無

〔「有」の場合、Cr値と気管支喘息の有無の記入をお願いします。
記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。〕

無 有

Cr値: _____ mg/dL eGFR: _____

測定日: _____ 年 _____ 月 _____

下記に該当する方は造影できません
MRI : eGFR **30** (ml/min/1.73cm²) 未満
または透析中の方
CT : eGFR **45** (ml/min/1.73cm²) 未満

気管支喘息治療歴 無 有 (無治療 ・ 無症状の状態が5年以上続いている)

⑥次回外来日

年 月 日 (AM・PM) 時 分

⑦患者様から直接予約電話をする場合は下記をご記入ください

検査部位:

⑧検査部位 (部位を○で囲んでください)

<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・眼窩・副鼻腔・下垂体)	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	<input type="checkbox"/> 肩関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 上腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手 (左・右)
<input type="checkbox"/> 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭喉頭)	<input type="checkbox"/> 血管 (胸部・腹部・上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 肘関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 前腕部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足 (左・右)
<input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔・乳房・肺)	<input type="checkbox"/> 冠動脈 (CTのみ) βブロッカー (可・不可) ステント (無・有) バイパス (無・有)	<input type="checkbox"/> 手関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 大腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 手指 (左・右)
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎) (MRCP・EOB)		<input type="checkbox"/> 膝関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 下腿部 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足趾 (左・右)
<input type="checkbox"/> 骨盤 (子宮卵巣・前立腺・膀胱・精巣・直腸)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 足関節 (左・右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑨傷病名・検査までの経緯・臨床診断・検査目的など、なるべく詳細にご記入ください。

当院記入欄

身長 _____ cm 体重 _____ kg
血圧 _____ mmHg
脈 _____ 回
診察医 _____ 技師 _____

⑩チェック項目 (必ず記入をお願いします)

- 体内埋込型医療機器 (ペースメーカー・人工内耳・ICD 等) (無・有) 有の場合、MRI 検査ができません。
- 体内金属 (脳動脈クリップ・ステント・人工関節・インプラント 等) (無・有) 部位・時期・素材・MRI 検査の可否 ()
- 磁石式バルーンカテーテルキャップ (DIB キャップ) (無・有) 有の場合、MRI 検査時は磁石式でないものに交換してください。
- 刺青・アートメイク・増毛用パウダー・閉所恐怖症 等 (無・有) 有の場合、MRI 検査ができないこともあります。
- 妊娠、もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、MRI (3.0T)・CT 検査ができません。

⑪検査結果【画像レポートについて】 ※チェックが無い場合、従来どおりの対応になります

画 像	<input type="checkbox"/> CDR (Viewer 付)	配送方法	<input type="checkbox"/> 配送	レポート	<input type="checkbox"/> 配送
	<input type="checkbox"/> CDR (Viewer 無)		<input type="checkbox"/> 持ち帰り		<input type="checkbox"/> FAX
	<input type="checkbox"/> フィルム		<input type="checkbox"/> 画像配信		<input type="checkbox"/> 画像配信

TEL 04-2930-8505

FAX 04-2930-8506

予約受付時間: 9:00 ~ 20:00
(土日祝 9:00 ~ 17:30)

②貴院控

診療情報提供書

(兼 検査依頼票)

年 月 日

①患者様情報

氏名

生年月日 性別
年 月 日 男 女

日中連絡先

③保険種別 保険 自費 自賠責 労災

医療法人 永仁会 Seeds Clinic 新宿三丁目 宛 

②受付日時

20 年 月 日 (午前・午後) 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

(フルネーム)

④検査機器

MRI

CT

⑤造影の有無

〔「有」の場合、Cr値と気管支喘息の有無の記入をお願いします。
記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。〕

無 有

Cr値: _____ mg/dL eGFR: _____

測定日: _____ 年 _____ 月 _____

下に該当する方は造影できません
MRI : eGFR **30** (ml/min/1.73cm²) 未満
または透析中の方
CT : eGFR **45** (ml/min/1.73cm²) 未満

気管支喘息治療歴

無 有 (無治療 ・ 無症状の状態が5年以上続いている)

⑥次回外来日

年 月 日 (AM・PM) 時 分

⑦患者様から直接予約電話をする場合は下記をご記入ください

検査部位:

ご来院前の確認事項 (下記項目についてご確認ください)

待合スペースに限りがある為、受付日時ちょうどにお越しください。

<ご持参いただくもの> 保険証・診療情報提供書・お薬手帳・医療券 (生活保護の方)・受給者証

< MRI 検査を受けられる方へ >

※下記のような金属がある方は、MRI 検査ができません。

心臓ペースメーカー、ICD (植え込み型除細動器)、人工内耳、脳脊髄刺激電極、磁石式人工肛門、取り外せないタイプの入れ歯、可変圧バルブシャントチューブ 等

※上記項目以外でも体内に金属がある方は、MRI 検査ができない場合があります。

脳動脈クリップ、体内クリップ、ステント、コイル、人工関節、インプラント 等
(材質がチタン・プラチナ製のものは検査可能です。挿入部位、時期、素材を伝えてください)

※下記項目に該当する方は、MRI 検査ができません。

妊娠している可能性のある方、または妊娠中で14週未満の方、閉所恐怖症などで狭いところに入れない方、長時間同じ姿勢が保てない方、お体が大きくMRIの中に入れない方

※その他の注意点

- 入れ墨、化粧 (アイシャドウ、アイライン等) をされている方は、検査の際、その部分が熱くなることがあります。増毛用パウダーは使用しないでください。
- コンタクトレンズは外して頂く場合がありますので、保存ケースをお持ちください。
- 磁石式のバルーンカテーテル用キャップ『DIBキャップ』は磁石の機能を失う可能性があるため、磁石式でない器具に交換してからご来院ください。
- ヒートテックなどの冬用機能性下着は着用を控えて頂くか、替えの下着をご用意ください。
- 検査前に着替えをして頂きます。お一人で着替えができない方、また着替えに時間がかかる方は、着替えが行いやすい服装でご来院ください。
- ウィッグをお使いの患者様には、検査時には外していただく場合がございますので、金属のついていない帽子等をご持参ください。

< MRI または CT 検査を受けられる方へ >

検査項目により制限事項があります。検査不十分となることがありますので順守してください。

※腹部検査・造影検査の方…4時間前から飲食禁止 (CT 検査の場合は飲み物は可) ※前立腺・膀胱の検査…1時間前から排尿禁止

< 検査料金の目安 (3割負担) >

CT 検査 : 造影剤なし 7000 円 造影剤あり 12000 円 MRI 検査 : 造影剤なし 8000 円 造影剤あり 13000 円

< 自賠責保険等を利用して受診する場合は、必ず事前に保険会社へ連絡をお願いします。 >

TEL 04-2930-8505 FAX 04-2930-8506 予約受付時間 : 9:00 ~ 20:00 (土日祝 9:00 ~ 17:30)

③患者様用

待合スペースに限りがある為、受付日時ちょうどにお越してください。

電車でお越してください。車でお越しの場合、サービスできる駐車場はございません。

Seeds Clinic 新宿三丁目

新宿三丁目駅 E3 出口
キュープラザ新宿三丁目 3階

車椅子をご利用の方は E4 出口の
エレベーターをご利用ください。

新宿駅 徒歩 6分
西武新宿駅 徒歩 9分

東京都新宿区新宿 3丁目 5-6

TEL 04-2930-8505
FAX 04-2930-8506
予約受付時間：9:00～20:00
(土日祝 9:00～17:30)

