

診療情報提供書

医療法人社団 NIDC セントラルクリニック世田谷
院長 中島 康雄 先生

予 約 日 時：	年	月	日	時	分
報告書希望日：	年	月	日		

◆貴医療機関名

病院・医院・診療所・クリニック

科

先生

住所

TEL

FAX

()

()

ふりがな		性別	身長： cm	住所 〒 -
患者様名	様	男・女	体重： kg	
生年月日	大正・昭和 平成・西暦	年 月 日	TEL： ()	携帯： ()

依頼内容

☐ PET/CT	☐ 頭頸部～大腿基部 ☐ その他 ()
糖尿病	☐ 無 ・ ☐ 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。

☐ 単純 MRI	☐ 脳 MRA 無 ☐ 脳 MRA 有 ☐ 頭頸部 ☐ 上腹部 (目的臓器：) ☐ 骨盤部
☐ 造影 MRI	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他 ()
体内金属	☐ 無 ☐ 有 → [部位・挿入物： 挿入時期：] ※素材や留置経過期間によっては検査できないことがあります。
造影のみ	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。
	血清クレアチニン値 (mg/dl 年 月 日測定) ※検査予約日から 3 か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 を超える場合は造影検査をお引き受けできません。
	喘息 ☐ 無 ・ ☐ 有 ※気管支喘息の場合は造影検査をお引き受けできません。

☐ 単純 CT	☐ 脳 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤部 ☐ その他 ()
☐ 造影 CT	
造影のみ	CT 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。
	血清クレアチニン値 (mg/dl 年 月 日測定) ※検査予約日から 3 か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 を超える場合は造影検査をお引き受けできません。
	喘息 ☐ 無 ・ ☐ 有 ※気管支喘息の場合は造影検査をお引き受けできません。

通院状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中	ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有 (一部メーカー機種により検査不可)
移動手段	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ 杖・その他補装具	除細動器	☐ 無 ☐ 有 (有：検査不可)

検査目的	☐ 病期診断 ☐ 転移再発診断 ☐ 良悪鑑別 (肺癌、腫瘍形成肺炎) ☐ その他 ()		
臨床診断	☐ 肺癌 ☐ 食道癌 ☐ 胃癌 ☐ 大腸癌 ☐ 膵癌 ☐ 胆嚢癌 ☐ 胆管癌 ☐ 肝細胞癌 ☐ G I S T ☐ 乳癌 ☐ 頭頸部癌 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 多発性骨髄腫 ☐ 子宮頸癌 ☐ 子宮体癌 ☐ 卵巣癌 ☐ 前立腺癌 ☐ 腎癌 ☐ 膀胱癌 ☐ 皮膚癌 ☐ 悪性骨軟部腫瘍 ☐ 悪性脳腫瘍 ☐ 原発不明悪性腫瘍 ☐ 転移 ☐ 心筋サルコイドーシス (ヘパリンは使用しません) ☐ その他 ()		
病理診断	☐ 有 …… [] ☐ 無 …… 病理診断による確定診断が得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断		
臨床経過	☐ 別紙参照	画像所見	☐ CT ☐ MRI ☐ US ☐ RI ☐ 内視鏡 〈画像所見または身体所見〉 ☐ 別紙参照 当日持参画像： ☐ 有 ☐ 無 ※当院で 2 回目以降の受検の方は、近況のみで結構です
当該疾患 手術歴	☐ 無 ☐ 有 (年 月 日) 術式 []	腫瘍マーカー	☐ 正常範囲 ☐ 高値 (項目/値：)
		化学療法	☐ 無 ☐ 有 (最終日 年 月 日)
Gaシンチ	☐ 無 ☐ 有 (年 月) ※同月の施行は保険適用外	放射線療法	☐ 無 ☐ 有 (最終日 年 月 日)

診療情報提供書

医療法人社団 NIDC セントラルクリニック世田谷
院長 中島 康雄 先生

予約日時:	年	月	日	時	分
報告書希望日:	年	月	日		

◆貴医療機関名	病院・医院・診療所・クリニック	住所
	科	先生
		TEL ()
		FAX ()

ふりがな		性別	身長: cm	住所 〒 -
患者様名	様	男・女	体重: kg	
生年月日	大正・昭和 平成・西暦	年 月 日	TEL: ()	携帯: ()

依頼内容

☐ PET/CT	☐ 頭頸部～大腿基部 ☐ その他 ()
糖尿病	☐ 無 ・ ☐ 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。

☐ 単純 MRI	☐ 脳 MRA 無 ☐ 脳 MRA 有 ☐ 頭頸部 ☐ 上腹部 (目的臓器:) ☐ 骨盤部
☐ 造影 MRI	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他 ()
体内金属	☐ 無 ☐ 有 → [部位・挿入物: 挿入時期:] ※素材や留置経過期間によっては検査できないことがあります。
造影のみ	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。
	血清クレアチニン値 (mg/dl 年 月 日測定) ※検査予約日から 3 か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 を超える場合は造影検査をお引き受けできません。
	喘息 ☐ 無 ・ ☐ 有 ※気管支喘息の場合は造影検査をお引き受けできません。

☐ 単純 CT	☐ 脳 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤部 ☐ その他 ()
☐ 造影 CT	
造影のみ	CT 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。
	血清クレアチニン値 (mg/dl 年 月 日測定) ※検査予約日から 3 か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 を超える場合は造影検査をお引き受けできません。
	喘息 ☐ 無 ・ ☐ 有 ※気管支喘息の場合は造影検査をお引き受けできません。

通院状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中	ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有 (一部メーカー機種により検査不可)
移動手段	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ 杖・その他補装具	除細動器	☐ 無 ☐ 有 (有: 検査不可)

検査目的	☐ 病期診断 ☐ 転移再発診断 ☐ 良悪鑑別 (肺癌、腫瘍形成肺炎) ☐ その他 ()		
臨床診断	☐ 肺癌 ☐ 食道癌 ☐ 胃癌 ☐ 大腸癌 ☐ 膵癌 ☐ 胆嚢癌 ☐ 胆管癌 ☐ 肝細胞癌 ☐ GIST ☐ 乳癌 ☐ 頭頸部癌 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 多発性骨髄腫 ☐ 子宮頸癌 ☐ 子宮体癌 ☐ 卵巣癌 ☐ 前立腺癌 ☐ 腎癌 ☐ 膀胱癌 ☐ 皮膚癌 ☐ 悪性骨軟部腫瘍 ☐ 悪性脳腫瘍 ☐ 原発不明悪性腫瘍 ☐ 転移 ☐ 心筋サルコイドーシス (ヘパリンは使用しません) ☐ その他 ()		
病理診断	☐ 有 …… [] ☐ 無 …… 病理診断による確定診断が得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断		
臨床経過	☐ 別紙参照	画像所見	☐ CT ☐ MRI ☐ US ☐ RI ☐ 内視鏡 〈画像所見または身体所見〉 ☐ 別紙参照 当日持参画像: ☐ 有 ☐ 無 ※当院で 2 回目以降の受検の方は、近況のみで結構です
当該疾患手術歴	☐ 無 ☐ 有 (年 月 日) 術式 []	腫瘍マーカー	☐ 正常範囲 ☐ 高値 (項目/値:)
		化学療法	☐ 無 ☐ 有 (最終日 年 月 日)
Gaシンチ	☐ 無 ☐ 有 (年 月) ※同月の施行は保険適用外	放射線療法	☐ 無 ☐ 有 (最終日 年 月 日)

予約日時： 年 月 日 時 分

健康保険証をお忘れなく、お持ち下さい。

◆貴医療機関名

病院・医院・診療所・クリニック

科

先生

住所

TEL ()
FAX ()

ふりがな		性別	身長： cm	住所 〒 -
患者様名	様	男・女	体重： kg	
生年月日	大正・昭和 平成・西暦 年 月 日	TEL： ()	携帯： ()	

●PET検査を受けられる方へ

PET検査では、FDGというブドウ糖を含んだ薬剤を注射し全身に行き渡ったところで検査を行います。

- ①妊娠中またはその可能性のある方は、お申し出下さい。
- ②検査時間は薬剤を注射してから2時間位です。(検査の内容で変わります。)
- ③ブドウ糖が検査データに大きな影響を及ぼしますので、検査当日の点滴(ブドウ糖入り)はお止め下さい。
- ④現在服薬中の薬があれば、お薬手帳をお持ち下さい。当日の服用については主治医にご相談下さい。
- ⑤検査当日の喫煙はお止め下さい。

○検査時間が午前9時から午後1時の方へ

前日は午後9時までに食事を済ませて、検査当日は絶食のまま御来院下さい。その間、水とお茶は飲んでもかまいません。但し、それ以外の水分は摂取しないようにご注意下さい。糖分を含んだ物も絶対に摂取しないで下さい。

○検査時間が午後1時以降の方へ

当日の朝食は午前7時までに軽く済ませ、その後は絶食し御来院下さい。その間、水とお茶は飲んでもかまいません。但し、それ以外の水分は摂取しないようにご注意下さい。糖分を含んだ物は検査に影響がありますので摂取しないで下さい。

○女性の方へ

検査は下着をはずして検査着を着用していただきます。

○当日検査キャンセルの場合は検査薬剤代 40,000 円をお支払いいただきます。

●MR・CT検査(共通事項) 注意点

- ①常備薬はいつもどおりお飲み下さい。
- ②腹部と骨盤の検査および造影検査の方は、検査6時間前から絶食して下さい。お水、お茶は検査1時間前までお飲みいただいて結構です。
- ③検査前に検査着に着替えていただきます。その際、ヘアピン、入れ歯、アクセサリ等の装飾ははずして下さい。

●MR検査を受けられる方へ

MR検査では強い磁石と電磁波を使って体内の状態を断面像として描写します。

- ①検査中はトンネル状の装置の中に入り、大きな音が発生します。閉所恐怖症の方は事前にお申し出下さい。
- ②妊娠中またはその可能性のある方は事前にお申し出下さい。
- ③検査時間は20～40分位です。(検査の内容で変わります。)

○下記の金属・医療機器・装飾を留置された方は、当院では検査を受けることができません。

・心臓ペースメーカー、人工内耳、補聴器、体内留置されているクリップ、体内金属片/粉 等

○下記の化粧品や装飾は、検査時に吸着や火傷につながる可能性があるため着用しないで下さい。

・コンタクトレンズ(カラー・ハード)、アイシャドウ、マスカラ、かつら、増毛剤、ネイルアート 等

●CT検査を受けられる方へ

CT検査では、エックス線を使用した検査です。多少の被曝があることをご了承下さい。

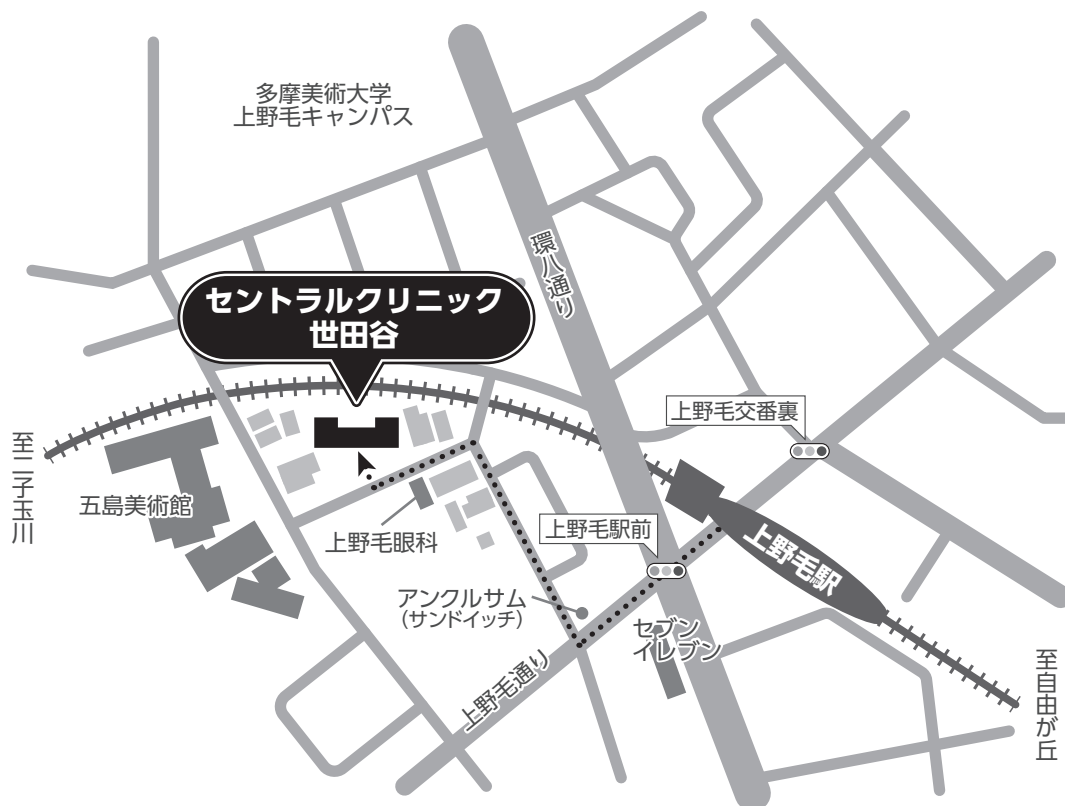
また次の項目にご注意下さい。

- ①妊娠中またはその可能性のある方は、お申し出下さい。
- ②検査時間は15分～30分位です。(検査の内容で変わります。)

※検査機器の故障により、検査日の変更をお願いする場合がございます。予めご了承下さい。
事情により来院できなくなった場合や、検査を中止・変更される方は、下記へご連絡下さい。

TEL : 03-6805-9110

現地案内図



アクセス方法

●電車をご利用の場合

東急大井町線 上野毛駅より徒歩5分

●バスをご利用の場合

東急バス各線 上野毛駅バス停より徒歩5分

●自動車をご利用の場合

駐車場の台数に限りがございます。

満車の場合には近隣の有料駐車場をご案内させていただきます場合がございますので予めご了承ください。



医療法人社団NIDC

セントラルクリニック世田谷

〒158-0093 東京都世田谷区上野毛3-3-4

セントラルクリニック世田谷  <https://nidc.or.jp/>

 03-6805-9110  03-6432-1039

受付時間 9:00 ~ 18:00

休診日 祝祭日・土曜日・日曜日



検査チェックリスト

記入日：	年	月	日	男	生年	大正・昭和・平成・令和		
氏 名：				女	月日	年 月 日（満 歳）		
T E L：				体重		kg	次回診察日	

質問事項	回答欄	
●PET・MR・CTの検査を受けたことがありますか？	はい（PET ・ MR ・ CT）	いいえ
●上記で「はい」と答えた方は、 検査中に気分が悪くなった事がありますか？	はい（検査名 （症状））	いいえ
●狭いところや、暗いところが苦手である。	はい	いいえ
●取り外しのできる入れ歯（義歯）をしている。	はい	いいえ
●補聴器を使用している。	はい	いいえ
●血圧の薬を服用している。	はい	いいえ
●普段の血圧を分かる範囲でお書きください。	（ / ）	
●緑内障と言われたことがある。	はい	いいえ
●甲状腺が悪いと言われたことがある。	はい （病名 ）	いいえ
●心臓の病気（不整脈など）と言われたことがある。	はい （病名 ）	いいえ
●糖尿病と言われたことがある。	はい	いいえ
●肝臓病と言われたことがある。	はい （病名 ）	いいえ
●腎臓病と言われたことがある。	はい （病名 ）	いいえ
●人工透析をしている。	はい	いいえ
●薬、食物などでアレルギーを起こしたことがある。 またはアレルギーの家族がいる。	はい （薬剤名 ）	いいえ
●喘息と言われたことがある。	はい	いいえ
●上記で「はい」と答えた方は、 最後に喘息発作を起こした日をご記入ください。	（ 年 月 日 ）	
●男性の方にご質問します。 前立腺肥大と言われたことがある。	はい	いいえ
●女性の方にご質問します。 ・現在、妊娠中またはその可能性がある。 ・現在、授乳中である。	はい はい	いいえ いいえ
●手術歴がある。 「はい」の方は、いつ頃・どこで・どの部位の手術を受けましたか？	はい （ ）	いいえ
●ペースメーカー（人工心臓）がある。	はい	いいえ
●体内金属（クリップ、ワイヤー、ボルト、人工関節、 避妊リングなど）がある。	はい （種類 ）	いいえ

わかりにくい事や、質問はお気軽に職員にお聞きください。