（貴院控）

診療情報提供書

予約日時：	年	月	日	時	分
報告書希望日：		月	日	時	分

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

◆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	住所　〒　－
患者様名	様	男・女	
生年月日	大正・昭和 平成・西暦　年　月　日		TEL：（　）　携帯：（　）

検査目的	□病期診断　□転移再発診断　□良悪鑑別（肺癌、腫瘤形成膵炎）　□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 ※当院で２回目以降の受検の方は、近況のみで結構です	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）

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　□ストレッチャー	除細動器	□無　□有（有：検査不可）

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 □造影 MRI	□脳 MRA 無　□脳 MRA 有　□頭頸部　□上腹部（目的臓器：　）　□骨盤部 □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。
造影のみ　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。
造影のみ　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 □造影 CT	□脳　□頸部　□胸部　□上腹部　□骨盤部　□その他（　）
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。
造影のみ　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。
造影のみ　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。

TEL : 03-6805-9110　FAX : 03-6432-1039

（セントラルクリニック世田谷提出用）

診療情報提供書

予約日時：	年	月	日	時	分
報告書希望日：		月	日	時	分

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

◆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	住所　〒　－
患者様名	様	男・女	
生年月日	大正・昭和 平成・西暦　年　月　日	TEL：（　）	携帯：（　）

検査目的	□病期診断　□転移再発診断　□良悪鑑別（肺癌、腫瘤形成膵炎）　□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 ※当院で２回目以降の受検の方は、近況のみで結構です	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）

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　□ストレッチャー	除細動器	□無　□有（有：検査不可）

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 □造影 MRI	□脳 MRA 無　□脳 MRA 有　□頭頸部　□上腹部（目的臓器：　）　□骨盤部 □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。	
造影のみ 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。	
造影のみ 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 □造影 CT	□脳　□頸部　□胸部　□上腹部　□骨盤部　□その他（　）	
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。	
造影のみ 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。	
造影のみ 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。	

TEL：03-6805-9110　FAX：03-6432-1039

医療法人社団NIDC
CENTRAL CLINIC SETAGAYA セントラルクリニック世田谷

診療情報提供書

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	住所　〒　　－
患者様名	様	男・女	
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。また次の事にご注意下さい。

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現在服用中の薬があれば、お持ち下さい。
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。

●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、アクセサリー等ははずしていただく場合があります。

●MR検査を受けられる方へ

MR検査では、強い磁石と電波を使いますが、通常人体には無害な事が確認されています。ただ、日常では経験しないような強い磁石を使いますので、次のような事にご注意下さい。

①心臓ペースメーカーや刺激電極などを身につけている方、脳動脈瘤クリップ(磁性体)装着の方は、MR検査は行えません。
②体内に人工関節などの金属が埋め込まれていますと、検査の妨げとなることがありますので、以前に外科手術を受けたことのある方は担当医にお申し出下さい。
③妊娠中またはその可能性のある方は胎児に対する影響は不明の点がありますのでご相談下さい。
④検査中は非常に大きな音がします。
⑤検査時間は、20分～40分位です。（検査の内容で変わります。）

●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。

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）
ＴＥＬ：	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。

医療法人社団NIDC
CENTRAL CLINIC SETAGAYA セントラルクリニック世田谷