

診療情報提供書

医療法人社団上人会 大分先端画像診断センター(ODIC) 担当医 殿

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分～
(診断レポート返送希望日 月 日 午前・午後) ※至急対応を希望される場合、ご記入下さい。

<紹介元施設・ご担当医師情報>

紹介元医療機関名	病院 医療 診療所 クリニック	診療科目	担当医氏名(フルネーム)
TEL ()		科	

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所			確認連絡・緊急時連絡先 — —	外来・入院中
臨床診断名				
実施した画像診断	CT MRI 超音波 その他() ※過去に実施した画像診断については、出来るだけCD-ROM等お持ち頂きますようお願い申し上げます。			

<臨床経過情報>

--	--	--	--	--

<検査依頼情報>

検査装置	3T-MRI・CT	造影可・造影不可	クレアチニン値	mg/dL
検査部位(該当する項目1つに○印をご記入ください。)				
(頭部) 脳+脳血管・眼窩・副鼻腔・聴器・口腔・顎関節・下垂体		(脊椎) 頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・頸胸椎・胸腰椎・全脊椎		
(頸部) 甲状腺・食道・咽頭喉頭・頸部血管		(四肢) 左/右 手指骨・手根骨・手・手関節・前腕・肘関節・上腕・肩関節		
(胸部) 肺・心臓・乳房・胸骨肋骨鎖骨・胸部大血管		左/右 足指骨・足根骨・足・足関節・下腿・膝関節・大腿・股関節		
(腹部) 肝胆脾腎・肝臓・MRCP・腎臓副腎・腹部大血管		(下肢血管) 下肢動脈・下肢静脈		
(骨盤部) 子宮卵巣・前立腺・精巣・でん部・寛骨坐骨恥骨		(その他) ()		
画像出力方法	CD-ROM (DICOM・JPEG) Flex-View (web 配信) フィルム			

※検査予約のお電話を頂いた後、依頼内容確認のため当用紙をFAX送信頂きますようお願い申し上げます。
大分先端画像診断センター(ODIC) 検査予約受付 TEL:0977-66-4116 FAX:0977-66-6441

診療情報提供書

医療法人社団上人会 大分先端画像診断センター(ODIC) 担当医 殿

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分～
(診断レポート返送希望日 月 日 午前・午後) ※至急対応を希望される場合、ご記入下さい。

<紹介元施設・ご担当医師情報>

紹介元医療機関名	病院 医療 診療所 クリニック	診療科目	担当医氏名(フルネーム)
TEL ()		科	

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所			確認連絡・緊急時連絡先 — —	外来・入院中
臨床診断名				
実施した画像診断	CT MRI 超音波 その他() ※過去に実施した画像診断については、出来るだけCD-ROM等お持ち頂きますようお願い申し上げます。			

<臨床経過情報>

--	--	--	--	--

<検査依頼情報>

検査装置	3T-MRI・CT	造影可・造影不可	クレアチニン値	mg/dL
検査部位 (該当する項目1つに○印をご記入ください。)				
(頭部) 脳+脳血管・眼窩・副鼻腔・聴器・口腔・顎関節・下垂体		(脊椎) 頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・頸胸椎・胸腰椎・全脊椎		
(頸部) 甲状腺・食道・咽頭喉頭・頸部血管		(四肢) 左/右 手指骨・手根骨・手・手関節・前腕・肘関節・上腕・肩関節		
(胸部) 肺・心臓・乳房・胸骨肋骨鎖骨・胸部大血管		左/右 足指骨・足根骨・足・足関節・下腿・膝関節・大腿・股関節		
(腹部) 肝胆脾腎・肝臓・MRCP・腎臓副腎・腹部大血管		(下肢血管) 下肢動脈・下肢静脈		
(骨盤部) 子宮卵巣・前立腺・精巣・でん部・寛骨坐骨恥骨		(その他) ()		
画像出力方法	CD-ROM (DICOM・JPEG) Flex-View (web 配信) フィルム			

検査注意事項

検査予定時刻の20分前にはご来院頂きますよう、お願い申し上げます。

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分～
(診断レポート返送希望日 月 日 午前・午後) ※至急対応を希望される場合、ご記入下さい。

<紹介元施設・ご担当医師情報>

紹介元医療機関名	病 院 医 院 診 療 所 ク リ ニ ッ ク	診療科目	担当医氏名 (フルネーム)
TEL ()		科	

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所			確認連絡・緊急時連絡先 — —	外来・入院中

当日ご持参いただくもの

健康保険証 (老人医療受給者証) 診療情報提供書 印鑑

食事・お薬について

- 医師から処方された薬は、通常通りご服用頂いても問題ありません。
- 腹部および骨盤部の検査を受診される方は、食物が検査に影響を及ぼす可能性がありますので、検査の6時間前から絶食して頂くようお願い致します。ただし、水分は摂って頂いても問題ありません。

MRI検査の注意点

MRI検査では、強い磁石と電波を使います。通常、人体には無害であることが確認されていますが、日常では経験しない強い磁石を使いますので、次の事項に注意してください。

- 心臓ペースメーカーや刺激電極等を身に着けている方、脳動脈クリップ (磁性体) を装着されている方は、MRI検査は受診できません。
- 体内に人工関節等の金属が埋め込まれている方は、金属の影響により正常な検査画像が得られない場合があります。以前に外科的手術を受けられた方・その可能性がある方は、事前に担当医およびスタッフまでお申し出ください。
- 妊娠中またはその可能性のある方は、胎児に対する影響で未解明な点がありますので、担当医へご相談ください。
- 検査時間は、20分～40分程度です。(検査の内容でかわります。)
- 検査中は狭いところに入り、大きな音がします。狭い場所が苦手な方・閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。
- 検査費用は、3割負担の保険でおよそ8,000～15,000円程度です。
また、医師の判断により造影検査等追加検査が行われる場合、追加の費用が発生します。また、保険適応が限定されているため、検査の内容によっては保険適応外となり、自費にて9万9千円前後の費用がかかることがあります。その際は主治医の先生とご相談ください。

CT検査の注意点

- エックス線を当てて検査しますので、妊娠中またはその可能性のある方は、お申し出ください。
- 検査時間は、15分～30分程度です。(検査の内容でかわります。)
- 検査費用は、3割負担の保険でおよそ7,000～15,000円程度です。(検査の内容でかわります。)

※検査結果につきましては、紹介元施設の主治医の先生からの説明となります。