この欄は貴院IDのご記入・エンボス印字等にご利用ください。

＜1枚目＞
ゆうあいクリニック宛

診療情報提供書（画像診断依頼書）

ゆうあいクリニック　小澤　幸彦　先生

以下の患者様の画像診断をお願い申し上げます。

予約日時：　　年　　月　　日　　時　　分

貴医療機関名	診療科	担当医師（フルネーム）
TEL:　　（　　）		

▽依頼内容　※PET検査またはPET/CT検査にMRI検査を追加した場合、「総合画像診断」という名称を使用します。

☑ PET/CT（頭頂部から大腿基部まで）	☐ 乳房専用PET追加 ☐ CT不要	※保険診療の算定要件では原則6か月以上の間隔をとることとされています。 患者様の病状等によりどうしても短期間での検査が必要な場合は、その理由を詳しくご記載ください。 ※PET/CT装置の特性上、吸収補正は低線量CTで減弱補正を行います。
ペースメーカー	◯ 無　◯ 有	
ICDまたはCRT-D	◯ 無　◯ 有　メーカー名（　　）※デバイス業者の立ち会いを、当院で依頼します。	
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 ※1部位のみ	◯ 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 ➡ MRI(1.5T)撮影可［部位・挿入物：　　挿入時期：　　］ ※素材や留置経過期間によって検査できないことがあります。※MRI対応ペースメーカー：当院は施設基準を満たしていないため、検査できません。	
造影のみ	※ガドリニウム系造影剤使用（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ヶ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。	

☐ CT（単純）※複数部位選択可能	☐ 脳　☐ 頸部　☐ 胸部　☐ 上腹部 ☐ 骨盤部　☐ その他（　　）	
胸部含む	ペースメーカー	◯ 無　◯ 有
胸部含む	ICDまたはCRT-D	◯ 無　◯ 有　メーカー名（　　） ※デバイス業者の立ち会いを、当院で依頼します。

☐ US ※1部位のみ	◯ 頸動脈　◯ 頸部リンパ節 ◯ 甲状腺　◯ 乳房　◯ 上腹部	
☐ MMG	※禁忌事項は予約時にご確認ください。	
受診結果DISK	☑ 必要　※ご不要の場合にはご連絡ください。	

ふりがな 患者様名	様	性 別 ◯ 男 ◯ 女
生年月日	◯ 大正 ◯ 昭和　年　月　日 ◯ 平成 ◯ 令和 ◯ 西暦	住所　〒　　― TEL:（　　）　携帯：（　　）
臨床診断	☐ 肺癌　☐ 大腸癌　☐ 乳癌　☐ 頭頸部癌　☐ 悪性リンパ腫　☐ 多発性骨髄腫　☐ 膵癌　☐ 子宮頸癌 ☐ 子宮体癌　☐ 卵巣癌　☐ 胆嚢癌　☐ 胆管癌　☐ 肝細胞癌　☐ 食道癌　☐ 胃癌　☐ GIST　☐ 前立腺癌 ☐ 腎癌　☐ 膀胱癌　☐ 皮膚癌　☐ 悪性軟部腫瘍（部位・組織：　　）　☐ 悪性脳腫瘍 ☐ 心筋サルコイドーシス　☐ 高安動脈炎　☐ 巨細胞性動脈炎　☐ その他（　　）	
検査目的	☐ 病期診断　☐ 転移再発診断　☐ その他（　　）※スクリーニングおよび良悪鑑別は自費となります。	
病理検査・腫瘍マーカー・臨床経過等 ※必ずご記入ください。		
治 療 歴	手術歴　年　月　術式 年　月　術式	化学療法　年　月 放射線治療　年　月

診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては、以下について患者様へご説明し、ご理解を得ることが必要とされています。
☑ PET検査1回当たりの被ばく量は約3mSv（ミリシーベルト）、CT検査1回当たりの被ばく量は約2～10mSvです。ただし、体重や撮影部位により被ばく量は異なります。
☑ 放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行う事により得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。
☑ ゆうあいクリニックでは、医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分に考慮した上で、最適化を定期的に行っています。
持込画像は、データ（DISK）のみお受けいたします。ゆうあいクリニックでの検査結果を直接依頼元の医療機関へ提供することについて患者様の同意がある場合に限り、本診療情報提供書をご利用ください。なお、特別な取扱いが必要な場合には、下記の電話番号へご連絡ください。

コールセンター臨床　FAX 045-548-1969 ／ TEL 045-540-8215
予約フリーダイヤル　0120-852-026

医療法人社団ゆうあい会
ゆうあいクリニック