

# 診療情報提供書

医療法人DIC 宇都宮セントラルクリニック

院長 齋藤 友雄 先生

(宇都宮セントラルクリニック提出用)

◆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 ( )

(フリガナ)  
患者名

生年月日: 年 月 日 (男・女) 様

電話番号: ( )

住 所:

職 業:

検査日: 年 月 日  
午前・午後 時 分

報告書希望日: 月 日  
時 分

結果ご報告方法

Web配信  CD

フィルム

紹介 目 的	<input type="checkbox"/> CT	頭部 (眼窩・副鼻腔・聴器・下垂体・顎関節) 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎・頰胸椎・胸腰椎・仙尾骨)
	<input type="checkbox"/> MRI	頸部 (咽頭・喉頭・甲状腺) 四肢 (肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・手指骨) (大腿・膝関節・下腿・足関節・踵骨・足趾骨)
	<input type="checkbox"/> X-p <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 骨密度	胸部 (肺野・縦隔)・乳房・心臓 下肢 (動脈・静脈) 腹部 背部 骨盤腔 前立腺 股関節 その他 ( )
	<input type="checkbox"/> US	( ) ※撮影部位をご記入下さい。
	<input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> PEM	頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 乳房 ・ 心臓 ・ 上腹部 ・ その他 ( ) 頭部のみ ・ 眼窩部から大腿基部 ・ 乳房 (PEMの場合のみ選択可) ・ その他 ( ) 病期診断 ・ 転移・再発診断 ・ その他 ( )
	造影剤使用	無・有・一任→ Cr値: [mg/dL] ※CT造影検査ではビグアナイド系糖尿薬禁忌となります。

※検査装置および検査部位を選択して下さい。造影検査を行う際には必ずCr値をご記入お願い致します。  
装置毎に検査部位が異なる場合や、左右の指定がある場合には、部位の横の空いているスペースにご記入下さい。

臨床診断名 (傷病名)	
施行済み検査	X-p ・ CT ・ MRI ・ US ・ 腫瘍マーカー ・ その他 ( ) ※PET検査は保険で撮影を行う場合、事前検査が必要になります。ご記入をお願い致します。
既往歴 家族歴 臨床経過 処方等	体重 kg

糖尿病	無・有・血糖 ( mg/dl)	HBS抗原	-・+	現在状況	外来・入院中
ビグアナイド系	無・有→( )	HCV抗体	-・+	背臥位	可・不可
ペースメーカー	無・有	感染症	無・有→( )	自力歩行	可・車椅子・ストレッチャー
体内金属	無・有→( )	喘息	無・有→( )	酸素	無・有→( ℓ/min)
透 析	無・有→( )	アレルギー	無・有→( )	妊 娠	無・有→( 週)