

# 診療情報提供書【PET/CT・MRI検査依頼票】

さいたまセントラルクリニック ご担当者様

以下の患者様の検査および画像診断をお願い申し上げます。

申込日 2025/6/2

検査予約日時： 2025年 月 日 □午前 □午後 時 分 受付

|        |      |               |
|--------|------|---------------|
| 貴医療機関名 | 診療科名 | ご担当医師名（フルネーム） |
| TEL:   | FAX: |               |

|                                        |                                         |                                                                                                                        |                                                                                                                    |                                                                                                                     |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 依頼検査種<br>および<br>検査部位<br>*それぞれ<br>1部位のみ | <input type="checkbox"/> PET/CTのみ       | <input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿基部                                                                                      | <input type="checkbox"/> 頭部(脳)のみ                                                                                   | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                     |
|                                        | <input type="checkbox"/> PET/CTとMRI（同日） | (MRIの撮像部位)                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 脳                                                                                         | <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部  |
|                                        | <input type="checkbox"/> MRIのみ          | <input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA)                                                                                    | <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|                                        | MRI造影希望                                 | <input type="checkbox"/> あり ※eGFR30未満の方や喘息治療中の方は原則単純となります<br><input type="checkbox"/> クレアチニン値（ mg/dl） ←造影検査希望の方は記入ください |                                                                                                                    |                                                                                                                     |

|       |       |                                                               |                             |      |                              |    |         |
|-------|-------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|------------------------------|----|---------|
| フリガナ  | イニシャル | 性別                                                            | <input type="checkbox"/> 外来 | 次回外来 | <input type="checkbox"/> 入院中 | /  | に退院     |
| 患者様氏名 | 姓     | <input checked="" type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | 連絡先1                        | 本人   | 自宅                           |    |         |
| 生年月日  | 西暦    | 年                                                             | 月                           | 日    | 生まれ                          | 体重 | Kg 貴院ID |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臨床診断 | <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫<br><input type="checkbox"/> 頭頸部癌（ ） <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 大腸癌：<br><input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 脾癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |                                                                                                |                          |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他（ ） | *スクリーニングや良悪鑑別は保険適用外となります |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

|      |                                                                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病理診断 | <input type="checkbox"/> あり（結果： ）<br><input type="checkbox"/> 未施行（理由： ）<br><input type="checkbox"/> 臨床上、高い蓋然性をもって悪性と診断する |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |       |    |   |   |           |
|----|-------|----|---|---|-----------|
| 治療 | 手術歴   | 西暦 | 年 | 月 | 術式（ ）     |
|    | 化学療法  | 西暦 | 年 | 月 | ～ 年 月迄（ ） |
|    | 放射線治療 | 西暦 | 年 | 月 | ～ 年 月迄（ ） |

|                                                              |         |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臨床経過等<br>画像検査や既往歴等<br>診断に至るまでの経緯<br>再発や転移を疑う所見<br>などを記入ください。 |         |                                                                                          |
|                                                              | 比較用持込画像 | <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|                                                              | 腫瘍マーカー  | ガリウムシンチ(同月内) <input type="checkbox"/> あり                                                 |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                          |    |                                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------|
| 現在の状態<br>該当する項目に<br>チェックを入れて<br>ください。 | 自立歩行                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー | 告知 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 |
|                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 以下すべて該当なし <input type="checkbox"/> 一部不明（ ）                                                                                                                                                  |                                                                                          |    |                                                       |
|                                       | <input type="checkbox"/> 糖尿病（空腹時血糖 mg/dl）*200mg/dlを超える場合はご相談ください <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射                                                                                                  |                                                                                          |    |                                                       |
|                                       | <input type="checkbox"/> ペースメーカー ⇒ <input type="checkbox"/> MDCT対応可 <input type="checkbox"/> MRI対応可 <input type="checkbox"/> 体内金属（ ）                                                                                            |                                                                                          |    |                                                       |
|                                       | <input type="checkbox"/> 妊娠(現在) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 30分静止不可 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー（ ）                                                                   |                                                                                          |    |                                                       |
|                                       | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素（ l/min ）<br><input type="checkbox"/> 感染症（ ） <input type="checkbox"/> 人工透析 |                                                                                          |    |                                                       |

保険適用外の場合10割負担での検査を ☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今回保険適用外説明済み

検査のご予約は

地域医療連携室：048-658-3733 または代表電話：048-658-3741

診療情報提供書FAX

FAX 048-658-3734



さいたまセントラルクリニック

S2502EXPM-1

●●● 受診者様用控【検査予約票】 ●●●

さいたまセントラルクリニック

\*下記の受付時間までに3階受付へお越しください。

|         |       |   |   |   |   |    |
|---------|-------|---|---|---|---|----|
| 検査予約日時： | 2025年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 受付 |
|---------|-------|---|---|---|---|----|

|                      |      |                       |
|----------------------|------|-----------------------|
| ご依頼医療機関名<br><br>TEL： | 診療科名 | ご担当医師名<br><br>先生よりご依頼 |
|----------------------|------|-----------------------|

|     |     |
|-----|-----|
| 検査名 | MRI |
|-----|-----|

|                        |          |
|------------------------|----------|
| フリガナ                   | 依頼病院ID   |
| 受診者様氏名                 | 様        |
| ご連絡先                   |          |
| ご連絡先                   |          |
| 生年月日                   | 西暦 年 月 日 |
| 内容に誤りがある場合は下記までご連絡ください |          |

検査日までに当クリニックより検査内容の確認電話をさせて頂いております。連絡がなかった場合は、ご面倒でも当院までお電話くださいますよう、お願いいたします。

検査予約担当：TEL 048-658-3733（受付時間 9:00～18:00）

■検査当日にお持ち頂くもの

- ☐ 診療情報提供書（紹介状）
- ☐ 健康保険証、各種公費医療受給者証
- ☐ 主治医より預かったCD・フィルム
- ☐ 服用中のお薬とお薬手帳
- ☐ 検査ご予約票（本用紙）

■PET/CT検査についてのご注意

- ☐ ご来院の6時間前から食事を中止してください。  
お水、お茶は飲んでいただいて構いません。特に糖分を含むものを摂取されますと、検査の画像に影響がでて診断ができにくくなります。ご注意ください。
- ☐ 検査の前日から下剤の服用はお控えください。服用を希望される方は事前にご相談ください。
- ☐ 糖尿病のお薬（内服薬やインスリン注射）を使用されている方は、検査前の使用に制限があります。こちらからご案内する指示に従って使用を中止してください。
- ☐ 下剤、糖尿病のお薬以外の服用中のお薬については特に制限はありません。通常通りお飲みいただけます。
- ☐ 検査の所要時間は約2時間半程度です（PET/CT検査のみの場合）。
- ☐ 検査料金の目安は3割負担の場合、約32,000円程です（PET/CT検査のみの場合）。

■MRI検査についてのご注意

- ☐ 体内電子機器（心臓ペースメーカー、植込型除細動器、人工内耳等）を装着されている方はMRI検査を行えません。また、体内金属（ステントやクリップ、人工関節等）がある場合も素材によって検査を行えない可能性があります。該当する方はお申し出ください。
- ☐ カラーコンタクトレンズや刺青などは発熱や火傷の原因となる恐れがあります。安全のため検査を中止する場合があります。
- ☐ 造影検査の方および腹部、骨盤部の検査の方は、ご来院の4時間前から食事を中止してください。
- ☐ 検査の所要時間は約1時間程度です（MRI検査のみの場合）。
- ☐ 検査料金の目安は3割負担の場合、PET/CTとMRI（造影）の場合で約45,000円程です。

■その他の注意

- ☐ 妊娠中や授乳中の方、妊娠の可能性のある方はお申し出ください。
- ☐ 閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。ご予約の際にご相談ください。
- ☐ ご予約時間より早く来院された場合も、ご案内は決められたお時間となります。また、当日の検査進行状況により、ご予約時間よりご案内が遅くなることがありますのでご了承ください。

ご都合によりキャンセルされる場合や、ご予約日時を変更される場合は、必ずご連絡ください。

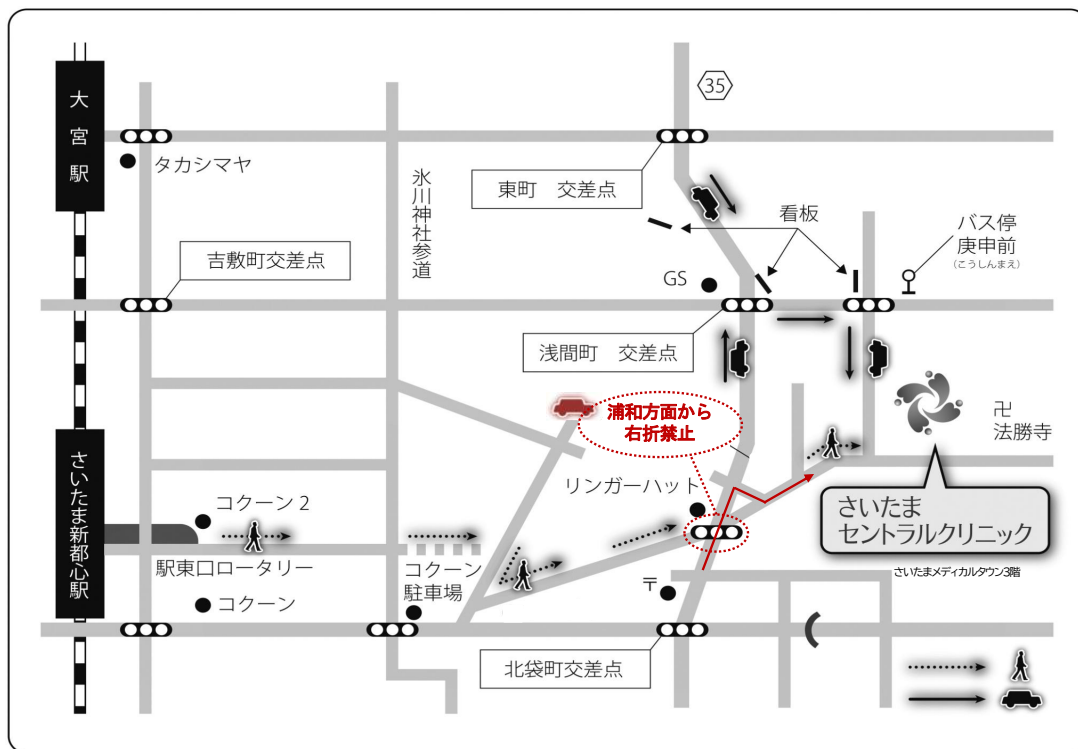
検査予約担当：TEL 048-658-3733（受付時間 9:00～18:00）



さいたまセントラルクリニック

さいたまメディカルタウン3F  
TEL: 048-658-3741（代表）

●●● さいたまセントラルクリニック案内図【受診者様用】 ●●●



●電車でのアクセス●

JRさいたま新都心駅から徒歩15分  
JR大宮駅よりバス10分

<東京方面から>

宇都宮線（東北本線）・高崎線の普通列車、または上野東京ライン下り電車で『さいたま新都心』駅まで約25分。

<新宿・池袋方面から>

湘南新宿ライン、埼京線で赤羽駅へ。赤羽駅から大宮方面行きの京浜東北線または上野東京ライン、宇都宮線、高崎線の下り普通列車へ乗り換え。  
※湘南新宿ラインや快速列車は『さいたま新都心』駅には停車しませんので、ご注意ください。

<宇都宮・高崎方面から>

上野東京ライン上り電車、または宇都宮線・高崎線の普通列車上野行きを利用。  
※湘南新宿ラインや快速列車は『さいたま新都心』駅には停車しませんので、ご注意ください。

●タクシーでのアクセス●

さいたま新都心駅東口から約5分 1.6km  
大宮駅東口から約10分 2.4km

●車でのアクセス●

銀座・新宿から車で約40分

<都心方面から首都高速をご利用の場合>

首都高速5号線→高速埼玉新都心線→「新都心西」出口

<東北道、関越道、常磐道をご利用の場合>

東京外環道→美女木JCT→高速埼玉新都心線→「新都心西」出口

<高崎・熊谷方面から>

国道17号線→「八幡通り」交差点を左折→さいたま新都心駅

※ナビをご利用の場合は下記住所を登録ください  
（電話番号登録は別の場所が表示される場合があります）

●バスでのアクセス●

大宮駅東口より東武バス利用

③番のりば：天沼循環「庚申前」下車 徒歩5分



医療法人 峯昭会

さいたまセントラルクリニック

〒330-0834 埼玉県さいたま市大宮区天沼町2-759

さいたまメディカルタウン3F

TEL 048-658-3741 (代表)

<http://www.saitama-cc.or.jp/>

【QR読取】公式ホームページより「アクセス」をご覧ください

