

ご記入日 年 月 日

検査ご依頼票兼診療情報提供書



医療法人社団CVIC

心臓画像クリニック飯田橋

TEL:03-5206-5956 FAX:03-5206-5958

| | |
|--------------|----------------------------|
| 貴院患者ID | |
| (氏名) カタカナ | 様 |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 電話番号 | 携帯電話 - - TEL () 自宅・勤務先 |
| 保険区分 | 健康保険 ・ 生活保護 |

紹介元医療機関
(名称等)

診療科

ご担当医師名

| | |
|----------------------|-----------------|
| 受付日時 月 日() 時 分までに来院 | 貴院次回 診察日 月 日 |
|----------------------|-----------------|

検査区分 検査項目にをして下さい。検査一任を希望する場合はこちらにチェックを入れて下さい。

| | |
|---|--|
| CT | <input type="checkbox"/> 冠動脈+心エコー <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈(<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部) <input type="checkbox"/> 肺(<input type="checkbox"/> 非造影 <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> 腎動脈 ※単純CTの場合は、検査目的欄へ記入し、予約時にご依頼下さい。 <input type="checkbox"/> その他() |
| MRI | <input type="checkbox"/> 心臓(<input type="checkbox"/> 非造影 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任) ※冠動脈MRAによる狭窄評価 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 脳(MRA含む) <input type="checkbox"/> 大動脈(<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部) <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈・静脈 <input type="checkbox"/> その他() ※心臓以外は原則非造影検査です。造影が必要な場合はご相談下さい。 |
| 生理検査 | <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> ホルター心電図 |
| 検査目的 ※要記入 (なるべく具体的に症状・検査目的をご記入下さい。心電図の実施がありましたらFAX送信時に添付をお願い致します) | ※別紙参照 <input type="checkbox"/> (電子カルテ文書など) |

検査の禁忌事項・患者情報

先天性心疾患 (無・有) ※有の場合、予約時に必ずお申し出下さい。病名[]

肺高血圧症 (無・有) ※有の場合、予約時に必ずお申し出下さい。

気管支喘息 (無・有) ※有の場合、前日からのプレドニゾン前投薬ご検討下さい。

腎障害 (無・有) ※eGFR30未満の場合、造影MRI禁忌、CT原則不可。

注:造影検査の場合は必ずご記入お願いします。クレアチニン値1.2mg/dl以上、透析中の方は応相談。

血清クレアチニン値(直近の数値) 実施日: 月 日 mg/dl

ニトログリセリン舌下 (可・不可) ※冠動脈のCT・MRAでは原則ニトロ使用(良好な画像のため)。

感染症 (無・不明・有) ※有の場合、ご選択下さい。HBV・HCV・HIV・梅毒・その他[]

| | |
|------------------------|--|
| CT | |
| ヨードアレルギー歴 (無・不明・有) | |
| ビグナイド系糖尿病薬の服用 (無・有) | |
| ※有の場合、休薬ご検討下さい。 | |
| βブロッカー内服(検査前投与) (可・不可) | |

| | |
|-----------------|------------------------|
| MRI | |
| 心臓ペースメーカー (無・有) | ※有の場合、MRI禁忌(MRI対応型含む)。 |
| 人工内耳 (無・有) | ※有の場合、MRI禁忌 |
| その他体内金属 (無・有) | ※有の場合、応相談。 |
| (脳動脈クリップなど) | 部位・時期・素材[] |
| 金属アレルギー歴 (無・有) | |
| 不整脈 (無・有) | |
| 閉所恐怖症 (無・有) | |
| 体重100kg以上 (無・有) | 体重[kg ・ 腹囲 cm] |

※画像CDが必要な場合のみこちらにを
お願い致します。(エコーデータのCDは対応していません)CD要

予約票



医療法人社団CVIC

心臓画像クリニック飯田橋

受診者様用

氏名 _____ 様の検査は、CT MRI 超音波 その他 です。

受付日時 月 日 () 時 分 までにご来院ください。

※上記の時間に遅れないようにお越しください。受付完了後、お着替えおよび問診などをして頂き検査開始となります。

【ご持参頂くもの】

①保険証 ②予約票 ③主治医からの書類・お薬手帳(あれば)

【検査前の制限とご注意事項】

| | 食事 | 水 | カフェイン お酒 | お薬 |
|-----|------------|-------------|---------------------|---------------------------|
| MRI | 4時間前 迄可 | 直前まで 少量可 | 24時間前 から制限 ※1 | ED治療薬 ※2 |
| CT | ○ 制限なし | ○ 制限なし | 24時間前 から制限 ※1 | ED治療薬 ※2 糖尿病薬 ※3 |

頭部MR検査、超音波、ホルターのみの検査の場合は、特に上記制限はありません。

※1:検査時間の24時間前からカフェインを含む飲料(コーヒー、緑茶、紅茶など)及びアルコールはお控え下さい。

※2:バイアグラなどのED治療薬を検査48時間以内に服用した方は必ず診察時にお申し出下さい。検査で使用のお薬が使えない場合があります。

※3:メトホルミンやメトグルコなど、ビグアナイド系糖尿病薬は主治医へ休薬をご相談下さい。

【当日の服装について】

脱衣しやすい服装でご来院下さい。
検査部位によって上だけまたは上下の検査着に着替えて頂きます。

【費用目安】※クレジットカード、一部電子マネー対応可

| 保険負担 | CT・MRI | 超音波 |
|------|-----------|----------|
| 3割 | ¥15,000前後 | ¥5,000前後 |
| 2割 | ¥10,000前後 | ¥4,000前後 |
| 1割 | ¥5,000前後 | ¥3,000前後 |

土日・祝日はビル入口のインターホン(401)で
お呼び出し下さい。



電車

●JR中央・総武線(各駅停車)

飯田橋駅 東口 徒歩5分~7分

東口改札を出て左手の歩道橋をのぼる。曲がらずにまっすぐ進み、突き当たりの階段を降りて、道なりにまっすぐ進みます。

●東京メトロ東西線、南北線、有楽町線、都営大江戸線

飯田橋駅 B1出口 徒歩5分~7分

B1出口から地上に出たら左折。小さい方の横断歩道をわたり、道なりにまっすぐ進む。



TAXI
車

●飯田橋駅東口すぐにタクシー乗り場があります。

●契約駐車場はありません。車椅子などをご利用の方でお車で来院される方は、クリニック周辺のコインパーキングをご利用下さい。

【当日の所要時間】

ご来院からお帰りまでに2時間~3時間ほどかかります。前後の患者さまの検査が長引き、待ち時間が発生する場合がございますので予めご了承下さい。

お問い合わせ：8:00~19:00

☎ 03-5206-5956

※来院時間に遅れそうな場合や、道に迷った場合はこちらにお電話下さい。
※完全予約制なので遅れる場合は、順番が前後するまたは待ち時間が発生する場合がありますので、ご注意ください。

〒162-0814 東京都新宿区新小川町1-14 飯田橋リープレックスビズ4階(受付)

※検査時間の変更などがある場合は、主治医の先生へまずご相談下さい。