

ご記入日 年 月 日

検査ご依頼票兼診療情報提供書



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

貴院患者ID	
お名前 <small>※カタカナでご記入下さい(漢字不要)。</small>	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 <small>※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。</small> <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(要 不要 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() <small>※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。</small>
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・検査目的のご記入ご協力をお願い致します。) ※別紙参照
(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ロ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 (無 有)
ビグアナイド系糖尿病薬の服用(無 有) <small>※有の場合、休薬ご検討下さい。</small>
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(MRI対応型含む)。
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 (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(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。検査で使用する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。

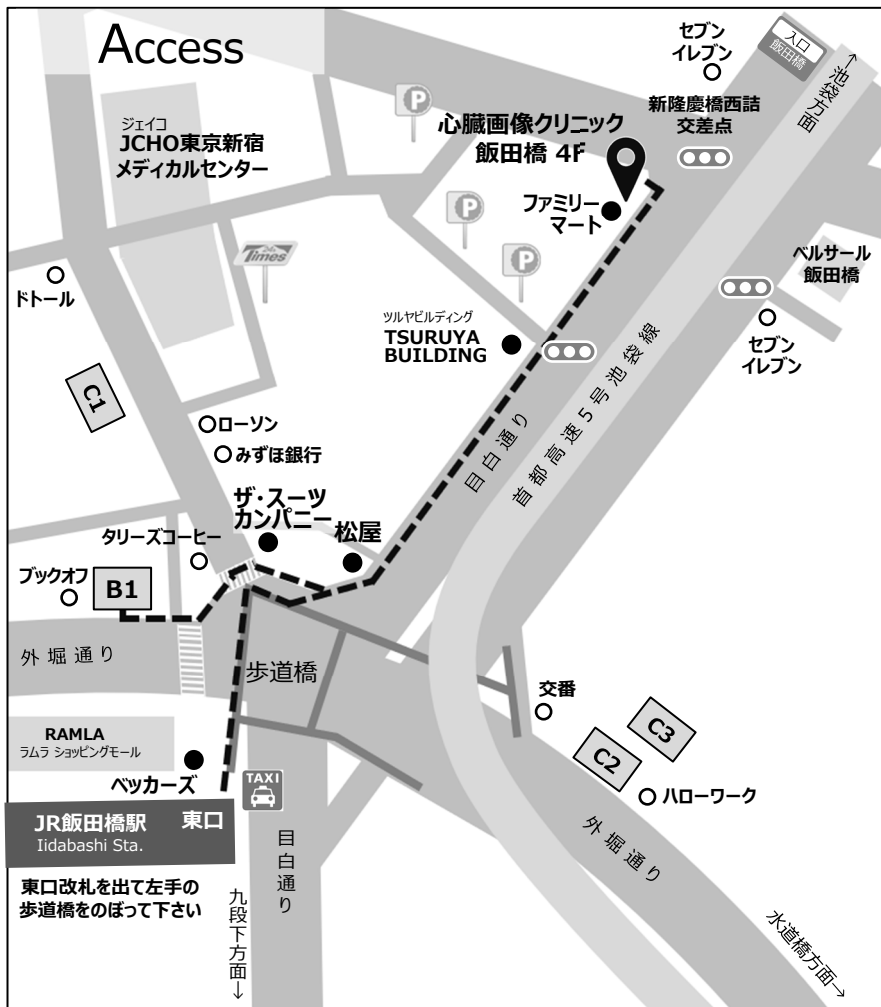
【当日の服装について】

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



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：8:00~18:00

☎ 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ございますので、ご注意下さい。

〒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。