

貴院患者ID  
氏名 殿  
生年月日 年 月 日  
性別 男・女  
電話番号 ( )

検査ご依頼票  
診療情報提供書



飯田橋心臓クリニック

〒162-0814 東京都新宿区新小川町1-14  
0800-9191810 代表03-5206-5956

紹介元医療機関(名称等)

診療科

ご担当医師名

平成 年 月 日

この方向でFAXしてください

FAX 03-5206-5958

検査日時 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

検査区分 (希望検査に○をしてください。検査 一任 を希望する場合はコチラ  にチェックを入れてください)

CT検査 単純CTの場合は、下記の欄へ記載し、  
予約時にご依頼ください。

冠動脈 胸部(肺)  
冠動脈+心エコー 腎動脈  
大動脈( ) その他( )

MRI検査

心臓(P / CE)  
脳  
脳+頸部エコー  
大動脈( )

腎動脈  
下肢動脈・静脈  
脊椎( )  
その他( )

超音波

心エコー  
頸動脈エコー  
ABI  
その他( )

検査目的

貴院既定の書式可(別紙参照に○をお願いします)

別紙参照・スクリーニング(上記検査をお願いします)

画像CDが必要な場合、○をお願いします。

画像CD 必要

※エコーデータのCDは対応していません。

クレアチニン1.2以上、透析中の方はご相談ください

次回受診予定日( 月 日)

血清クレアチニン値(1ヶ月以内の数値) ( mg/dl ・ 不明 [CVICにて実施])

感染症の有無 HB(+, -, 不明) HCV(+, -, 不明) HIV(+, -, 不明) 梅毒(+, -, 不明)

CT検査

体内金属(心臓ペースメーカー、人工内耳、脳動脈クリップ、その他)	あり	/	なし
ヨードアレルギー	あり	/	なし
喘息	あり	/	なし
βブロッカー	可能	/	不可能

MRI検査

体内金属(心臓ペースメーカー、人工内耳、脳動脈クリップ、その他)	あり	/	なし
金属アレルギー	あり	/	なし
ぜん息	あり	/	なし

# 様 予約票

CVIC  
飯田橋心臓クリニック

あなたの検査は、(CT ・ MRI ・ 超音波)です。

〒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ル4階  
TEL:03-5206-5956 FAX 03-5206-5958  
<http://www.cviclinic.com/>  
Mail: [contact@cviclinic.com](mailto:contact@cviclinic.com)

**検査 30分前**に“CVIC飯田橋心臓クリニック4F”に  
お越しください。 検査に2時間から3時間程要します。

検査日時 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

保険証、予約票、紹介状のある方は必ずご持参ください。  
検査時間の2時間前までにお食事を済ませて下さい。水分の補給はしてください。  
お茶、コーヒーなどのカフェイン含有のものはお控えください。  
予約時間に間に合わない、予約キャンセルの場合は当クリニックまでご連絡ください。

**MRI検査(スキャン)を受ける患者様へ……** MRIは、磁石を利用しコンピュータにより画像化する診断機器です。入室前に検査着に着替えて頂きますが、下着に金具のついているものは避けてください。MRI室入室の際には、必ず以下のものをはずしてください。

- ・ 金属製のもの…時計、ネックレス、イヤリング、金属ピアス、ヘアピン、入れ歯、補聴器、鍼灸針、エレキバン、義眼、コンタクトレンズ(コンタクト使用の方はケース等をお持ちください) 、使い捨てカイロ など
- ・ 磁気を利用した製品…クレジットカード、キャッシュカード、定期券、携帯電話、など

**CT検査(スキャン)を受ける患者様へ……** CTは、エックス線を利用しコンピュータにより画像化する診断機器です。入室前に検査着に着替えて頂きますが、下着に金具、ボタンのついているものは避けてください。動かないように静かに寝てください。

