

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

CVIC 心臓画像クリニック飯田橋
〒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)
ご担当医師

平成 年 月 日

この方向でFAXしてください

FAX 03-5206-5958

救急搬送時の連絡先・担当医()

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	MRI検査	超音波
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。	心臓(非造影・造影)	腎動脈
冠動脈	脳(MRAを含む)	心エコー
冠動脈+心エコー	脳+頸動脈エコー	頸動脈エコー
大動脈()	大動脈()	ABI
胸部(肺:造影・非造影)		その他()
腎動脈		
その他()		

検査目的

画像CDの必要可否をチェックをお願いします
必要 ・ 不必要
※エコーデータのCDは対応していません。

※先天性心疾患 有・無【病名: 】
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(内服の検査前投与)	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
喘息	あり / なし

貴院患者ID

①
氏名

殿

検査ご依頼票 診療情報提供書

CVIC 心臓画像クリニック飯田橋

〒162-0814 東京都新宿区新小川町1-14

TEL 0800-9191810 代表03-5206-5956

生年月日 年 月 日

性別 男・女

電話番号 ()

紹介元医療機関(名称等)

②

ご担当医師

※①～⑨の必要事項をご記入の上、FAXをお送りください※

この方向でFAXしてください

平成 年 月 日

FAX 03-5206-5958

救急搬送時の連絡先・担当医()

③
検査日時 月 日 () 午前・午後 時 分

④ 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。	MRI検査	超音波
冠動脈	胸部 (肺:造影・非造影)	心臓 (非造影・造影)	心エコー
冠動脈+心エコー	腎動脈	脳(MRAを含む)	頸動脈エコー
大動脈()	その他()	脳+頸動脈エコー	ABI
		大動脈()	その他()

⑤ 検査目的

画像CDの必要可否をチェックをお願いします

必要・不必要

※エコーデータのCDは対応していません。

先天性心疾患 有・無【病名: _____】

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)

⑥ 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])

⑦ 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)
ヨードアレルギー
喘息
βブロッカー(内服の検査前投与)

⑧
あり / なし
あり / なし
あり / なし
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)
金属アレルギー
喘息

⑨
あり / なし
あり / なし
あり / なし

