

予約票



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
飯田橋リープレックスビル4階

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

氏名 殿

- あなたの検査は、
(CT ・ MRI ・ 超音波) です。
- 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。
- ⑧ **保険証を必ずお忘れなくご持参ください。**

紹介元医療機関(名称等)
診療科
ご担当医

所要時間

御来院から検査結果説明終了までに2～3時間程要します。
前後の患者様の検査が長引き、待ち時間が発生する場合がございます。
予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

検査日時 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

ED治療薬(バイアグラなど)を48時間以内に内服した方は
必ず診察時にお申し出ください。
(検査で使用するニトログリセリンが使えないことがあります。)

- ※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2時間前までにお食事をお済ませください。また、お茶・コーヒーなどのカフェイン含有のものは24時間以内はお控えください。
- ※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いただきます。

- 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、メガネ
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。

費用目安

保険負担3割の方	CT・MRI : ¥15,000前後 エコー : ¥5,000前後
保険負担1割の方	CT・MRI : ¥5,000前後 エコー : ¥3,000前後

診療内容

診療科目	循環器内科・放射線科
診療時間	月～土、日・祝 8:30～18:00
休診日	不定期
問合せ・電話受付	月～土、日・祝 8:30～18:00

* 保険診療の場合は紹介状及び保険証をお持ちの方は忘れずにご持参ください。



- 【電車】
 - JR「飯田橋駅」東口 徒歩 5～10分
 - 東京メトロ(東西線・南北線・有楽町線)、都営地下鉄(大江戸線)「飯田橋駅」B1出口 徒歩 4～9分
- 【都営バス】
 - 「飯田橋」バス停 徒歩 3～5分

* 契約駐車場はございません。公共交通機関のご利用をおすすめします。

検査ご依頼票兼診療情報提供書

CVIC 心臓画像クリニック飯田橋
Cardiovascular Imaging Clinic 〒162-0814 東京都新宿区新小川町1-14

0800-9191810 代表 **03-5206-5956**

貴院患者ID	
氏名	殿
生年月日	年 月 日
性別	男 ・ 女
電話番号	()
保険区分	健康保険 ・ 生活保護
※MRI検査予定の方で以下該当あればチェックをお願いします。(対応のMRIの機械が変わる場合がございます) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 体重100kg前後の方	

紹介元医療機関(名称等)
診療科
ご担当医

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()

※CVICに一任する場合はこちらにチェックを入れてください

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こちら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:造影・非造影) 冠動脈+心エコー 腎動脈 大動脈(胸部・腹部) その他()	MRI検査 大動脈(胸部・腹部) 腎動脈 心臓(非造影・造影・一任) 下肢動脈・静脈 脳(MRAを含む) 脊椎() 脳+頸動脈エコー その他()	その他 心エコー 頸動脈エコー ABI 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。) 必要の場合のみ、以下にチェックをお願い致します。 ※なお、エコーデータのCDは対応していません。 必要 <input type="checkbox"/>
※先天性心疾患or肺高血圧症 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

名前				（※当院使用欄）	
				CVIC ID	
性別	男	・	女	年齢	歳

注) ED治療薬（バイアグラ等）を48時間以内に服用した方は必ず診察時にお申し出ください。
検査で使用するニトログリセリンを使えないことがございます。

※以下、該当がある方は各質問の2段目以降にも詳細をご記入ください。

① 家族に心臓病の人はいますか？ （ <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 ） また、家族に突然亡くなられた方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 下記事項について言われたことがありますか？ （ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 糖尿病 ） また、上記についての薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ タバコを習慣的に吸ったことがありますか？ （ <input type="checkbox"/> 現在喫煙中：1日に【 】本 <input type="checkbox"/> 【 】年前に禁煙、それまでは一日【 】本）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 今までにかかれた病気はありますか？ （ <input type="checkbox"/> 喘息：現在治療中 / 小児喘息のみ <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他： ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 下記の診断をされたことはありますか？ （ <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 先天性の疾患 <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 ） また、心臓手術をうけたことがありますか？ （ <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査 <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植込 <input type="checkbox"/> スtent治療 <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> その他： ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ アレルギーはありますか？ （ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬： <input type="checkbox"/> 食べ物： <input type="checkbox"/> その他： ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 女性の方：閉経・・・ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない、妊娠の可能性・・・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
⑧ 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？ また、体内に金属はありますか？ （ <input type="checkbox"/> インプラント / 入れ歯 <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> その他： ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 胸の痛みや重い感じ、息苦しい感じがありますか？ それはいつからですか？ ・ 症状の頻度・・・ <input type="checkbox"/> 時々 / 1か月に【 】回 <input type="checkbox"/> よくある / 1週間に【 】回 <input type="checkbox"/> 毎日 ・ 症状の程度・・・ <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 中くらい <input type="checkbox"/> 強い ・ 症状の種類・・・ <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> 締めつけ <input type="checkbox"/> チクチク <input type="checkbox"/> ドキドキ <input type="checkbox"/> ズキン <input type="checkbox"/> 胸苦しい ・ 症状が発生する時間・・・ <input type="checkbox"/> 早朝 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 深夜 <input type="checkbox"/> 時間関係なし ・ 症状が起きるタイミング・・・ <input type="checkbox"/> 労作時 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 両方 ・ 症状は最近ひどくなっていますか？ ・ 他に関連する症状はありますか？ （ <input type="checkbox"/> 左肩痛 <input type="checkbox"/> 左腕痛 <input type="checkbox"/> 顎・歯痛 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 意識が遠くなる ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 普段運動の習慣はありますか？ （ 内容： 頻度： 回 / 月・ 週・ 日 ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ その他気になることがあれば簡単にご記入ください。	

CVIC検査ご予約の流れ

①ご予約のお電話をお願い致します。

TEL: 03-5206-5956

＜お伝え頂く内容＞

- ・検査希望日時
- ・検査内容
- ・患者様情報(お名前、生年月日、連絡先)
- ・貴院への次回受診日

※CT検査、エコー検査は当日検査のご案内が可能です。ご遠慮なく検査ご依頼下さい。

③検査当日

検査当日に当院の医師より患者様へ
一次所見のご説明を実施しております。

高度狭窄など緊急を要する所見を認める場合には
当院の循環器内科医よりご連絡させていただきます。

②検査依頼票 兼 診療情報提供書
をFAXにてお送り下さい。

FAX: 03-5206-5958

※診療情報と併せて、お電話にてお伝え頂いた
内容をご記入下さい。予約票・問診票は患者様に
お渡し下さい。

※貴院での紹介状のフォーマットがございましたら
そちらをお使い頂いて構いません。
その際にはCVIC依頼書に“別紙参照”とお書き添えを
お願い致します。

④検査結果のご返送

CT・US ⇒ 2,3日以内
MRI ⇒ 1週間以内

※画像CDをご希望の場合には別途ご依頼下さい。
※お急ぎの際はご予約時にお申し付け下さい。
ご指定頂いた日時までに結果の送付が間に合うよう
手配致します。

※予約日が決まらない場合には、患者様から別途希望日時をご連絡頂くことも可能です。

その際にはFAXにその旨をご記入の上、検査日時が空欄にして事前にお送り頂くようお願い申し上げます。