

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ズ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。

⑨ 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。

※検査日時の**30分前迄に必ず受付完了**いただきます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。
- ※食事制限について
前 日：コーヒー・お茶などのカフェイン含有のものは検査24時間以内はなるべくお控え下さい。
当 日：お食事は予約時間の4時間前迄にお済ませ下さい。
検査後：当日造影検査予定の方はアルコールは厳禁ですのでご注意ください。
- ※受付時間に間に合わない場合は当クリニックまでご連絡下さい。受付のお時間に遅れた場合順番が一番最後になる可能性がございます。キャンセル・日時変更のご連絡は2日前までにご連絡頂きますようお願い申し上げます。

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(※クレジットカード対応可能です。)

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2割の方	CT・MRI：¥10,000 前後 エコー： ¥4,000 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

* 保険診療の場合は保険証をお持ちください。
ご紹介患者様は保険証と紹介状をお持ちください。



- 【電車】
 - JR「飯田橋駅」東口 徒歩5～7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5～7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。近隣のコインパーキングをご利用下さい。

検査ご依頼票兼診療情報提供書



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

代表TEL 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

紹介元医療機関 (名称等)
診療科
ご担当医

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

水曜日はドック実施日ですが、CT検査予約可能です。(MRI、エコー検査は予約状況により調整可能な場合もありますのでご相談下さい。)

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: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

心臓 (非造影・造影・一任)
脳(MRAを含む)
脳+頸動脈エコー

大動脈(胸部・腹部))
腎動脈
下肢動脈・静脈
脊椎()
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。)

画像CDが必要な場合のみ、以下にチェック 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 必要

※【造影MRIの場合】冠動脈MRAによる狭窄評価が不要の場合はコチラにチェックを入れてください 不要

※先天性心疾患or肺高血圧症 有 ・ 無 [病名:]

上記該当ありの場合には予約時に必ずお申し出下さい。

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)

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」の場合、前日からのプレドニン前投薬ご検討下さい)	あり	/	なし
メトホルミン製剤の服用(休薬ご検討下さい)	あり	/	なし
βブロッカー(内服の検査前投与)	不可能	/	可能
血清クレアチニン値 直近の数値(実施日: / / mg/dl ・ 不明 [CVICにて実施])			

MRI検査 ※心臓ペースメーカーありは検査不可(対応型含む)

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
不整脈	あり	/	なし
閉所恐怖症	あり	/	なし
体重100kg以上	あり	/	なし
血清クレアチニン値 直近の数値(実施日: / / mg/dl ・ 不明 [CVICにて実施])			