

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)

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

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) 腎動脈

脳 下肢動脈・静脈

脳+頸部エコー 脊椎()

大動脈() 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、○をお願い致します。

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
ぜん息	あり / なし

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

心臓画像クリニック飯田橋(院長 寺島正浩)

〒162-0814 東京都新宿区新小川町1-14

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

<http://www.cviclinic.com/>

Mail: contact@cviclinic.com

あなたの検査は、(CT ・ MRI ・ 超音波)です。

検査日時 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

検査 30分前に“心臓画像クリニック飯田橋”にお越しください。(来院からご帰宅までに2時間~3時間要します)

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いてください。

