

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 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。	MRI検査	超音波
冠動脈	心臓(P / CE)	心エコー
冠動脈 + 心エコー	脳	頸動脈エコー
大動脈()	脳+頸部エコー	ABI
胸部(肺)	腎動脈	腎動脈
腎動脈	下肢動脈・静脈	脊椎 ()
その他 ()	大動脈()	その他 ()

その他(院既定の書式可(別紙参照)その他をお願いします)

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ズ4階
TEL:03-5206-5956 FAX 03-5206-5958
<http://www.cviclinic.com/>
Mail: contact@cviclinic.com

検査日時 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

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。(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。

