

年 月 日

検査ご依頼票兼診療情報提供書



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

貴院患者ID	
氏名	様
生年月日	年 月 日
性別	男 女
電話番号	携帯電話 - - TEL ( ) 自宅 勤務先
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
ご担当医師名

受付日時	月 日 ( ) 時 分 までに来院	貴院次回 診察日	月 日
------	-------------------	-------------	-----

検査区分 検査項目にをして下さい。検査一任を希望する場合はこちらにチェックを入れて下さい。

CT	<input type="checkbox"/> 冠動脈+心エコー <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈( <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部) <input type="checkbox"/> 肺( <input type="checkbox"/> 非造影 <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> 腎動脈 ※単純CTの場合は、検査目的欄へ記入し、予約時にご依頼下さい。 <input type="checkbox"/> その他( )
MRI	<input type="checkbox"/> 心臓( <input type="checkbox"/> 非造影 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任) ※冠動脈MRAIによる狭窄評価(要 不要 一任) <input type="checkbox"/> 脳(MRA含む) <input type="checkbox"/> 大動脈( <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部) <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈・静脈 <input type="checkbox"/> その他( ) ※心臓以外は原則非造影検査です。造影が必要な場合はご相談下さい。
生理検査	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 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。) ※別紙参照 <input type="checkbox"/> (電子カルテ文書など)	

検査の禁忌事項・患者情報

先天性心疾患 ( 無 有 ) ※有の場合、予約時に必ずお申し出下さい。病名[ ]

肺高血圧症 ( 無 有 ) ※有の場合、予約時に必ずお申し出下さい。

気管支喘息 ( 無 有 ) ※有の場合、前日からのプレドニゾン前投薬ご検討下さい。

腎障害 ( 無 有 ) ※eGFR30未満の場合、造影MRI禁忌、CT原則不可。

注:造影検査の場合は必ずご記入お願いします。クレアチニン値1.2mg/dl以上、透析中の方は応相談。

血清クレアチニン値(直近の数値) 実施日: 月 日 mg/dl

ニトログリセリン舌下 ( 可 不可 ) ※冠動脈のCT・MRAでは原則ニトロ使用(良好な画像のため)。

感染症 ( 無 不明 有 ) ※有の場合、ご選択下さい。 HBV HCV HIV 梅毒 その他[ ]

CT
ヨードアレルギー ( 無 有 )
ビグアナイド系糖尿病薬の服用( 無 有 )
※有の場合、休薬ご検討下さい。
βブロッカー内服(検査前投与)( 可 不可 )

MRI
心臓ペースメーカー ( 無 有 ) ※有の場合、MRI禁忌(MRI対応型含む)。
人工内耳 ( 無 有 ) ※有の場合、MRI禁忌(MRI対応型含む)。
その他体内金属 ( 無 有 ) ※有の場合、応相談。
(脳動脈クリップなど) 部位・時期・素材[ ]
金属アレルギー ( 無 有 )
不整脈 ( 無 有 )
閉所恐怖症 ( 無 有 )
体重100kg以上 ( 無 有 ) 体重[ kg]

※画像CDが必要な場合のみこちらにを  
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要**

# 予約票



医療法人社団CVIC

心臓画像クリニック飯田橋

受診者様用

氏名 \_\_\_\_\_ 様の検査は、CT MRI 超音波 その他 です。

受付日時 月 日 ( ) 時 分 までにご来院ください。

※上記の時間に遅れないようにお越しください。受付完了後、お着替えおよび問診などをして頂き検査開始となります。

## 【ご持参頂くもの】

①保険証 ②予約票 ③主治医からの書類(あれば)

## 【検査前のお願い】

### ●前日：

24時間前から緑茶、紅茶、コーヒーなどカフェインを含む飲料およびアルコール摂取はお控え下さい。

### ●当日：

お食事は検査の4時間前に軽めにお済ませ下さい。  
造影検査を行った方は当日のアルコール摂取は厳禁です。

## 【お薬を服用されている方】

●検査で使用するお薬が使えない場合がありますので、ED治療薬(バイアグラなど)を48時間以内に服用した方は必ず診察時にお申し出下さい。

●(CT検査の方) メトホルミンやメトグルコなど、ビッグアナイド系の糖尿病薬を服用している場合は、主治医へ休薬をご相談下さい。

※上記以外のお薬は通常通り服用して頂いて問題ありません。

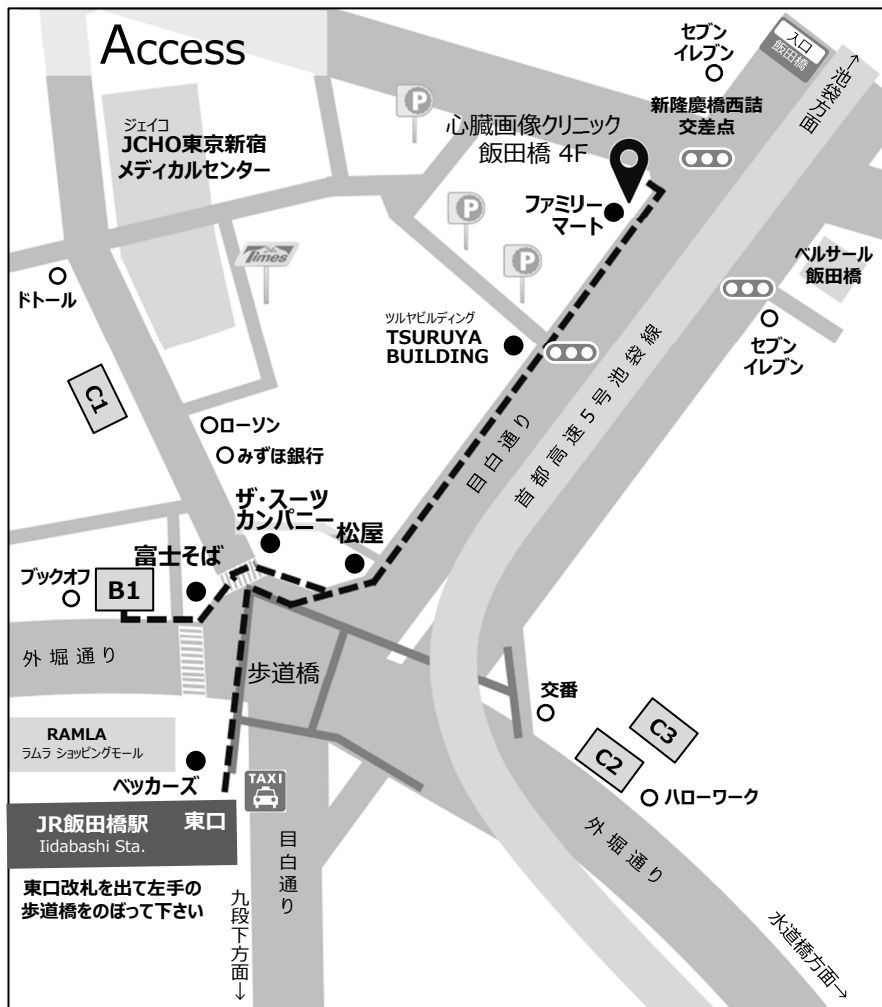
## 【服装について】

着替えやすい服装でご来院下さい。  
検査部位によって上だけまたは上下の検査着に着替えて頂きますが、金具がついている下着、ボタンは避けて下さい。

## 【費用目安】※クレジットカード、一部電子マネー対応可

保険負担	CT・MRI	超音波
3割	¥15,000前後	¥5,000前後
2割	¥10,000前後	¥4,000前後
1割	¥5,000前後	¥3,000前後

土日・祝日はビル入口のインターホン(401)で呼び出し下さい。



電車

●JR中央・総武線(各駅停車)  
飯田橋駅 東口 徒歩5分～7分

●東京メトロ東西線、南北線、有楽町線、都営大江戸線  
飯田橋駅 B1出口 徒歩5分～7分



TAXI  
車

●飯田橋駅東口すぐにタクシー乗り場があります。

●契約駐車場はありません。車椅子などをご利用の方でお車で来院される方は、クリニック周辺のコインパーキングをご利用下さい。

## 【当日の所要時間】

ご来院からお帰りまでに2時間～3時間ほどかかります。前後の患者さまの検査が長引き、待ち時間が発生する場合がございますので予めご了承下さい。

お問い合わせ：8:00～18:00

☎ 03-5206-5956

※来院時間に遅れそうな場合や、道に迷った場合はこちらにお電話下さい。  
※完全予約制なので15分を過ぎて遅れる場合は、順番が最後または検査が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

〒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(受付)

※検査時間の変更などがある場合は、主治医の先生へまずご相談下さい。