

## 八重洲クリニック 検査依頼票

## ■ 依頼元コード：

予約 TEL 0120-786-055

診療時間

依頼票 FAX 03-6202-3377

月～土 9：00～21：00  
日・祝 9：00～19：00

## ご予約の方法1 先生からご予約の電話をいただく場合

- 手順1・・・検査のご予約は、0120-786-055へお電話ください。
- 手順2・・・検査予約日時が決まり電話を終えましたら、下記項目をご記入ください。
- ①患者様情報、②貴院情報、③来院予約日時、⑤検査区分、⑥造影区分
- 手順3・・・⑦検査前の確認事項を患者様にご確認いただき、ご記入ください。
- 手順4・・・⑧検査部位、疾患名又は臨床診断・検査の目的をご記入ください。
- 手順5・・・3枚目の検査予約票を患者様にお渡しください。
- 手順6・・・依頼票の1枚目をFAX送信ください。

## 【FAX送信ができない場合】

1枚目を封をした状態で患者様にお渡しいただき、  
検査当日に3枚目と一緒にご持参いただくようお願いください。

## ご予約の方法2 患者様よりご予約の電話をいただく場合

- 手順1・・・診察中に検査の内容を決定し、依頼票の下記項目をご記入ください。
- ①患者様情報、②貴院情報、⑤検査区分、⑥造影区分
- 手順2・・・⑦検査前の確認事項を患者様にご確認いただき、ご記入ください。
- 手順3・・・⑧検査部位、疾患名又は臨床診断・検査の目的をご記入ください。
- 手順4・・・④患者様からご予約の電話をいただく場合の欄にチェックを入れ、  
検査部位、貴院次回診察日をご記入ください。
- 手順5・・・3枚目の検査予約票を患者様にお渡しください。その際、検査日時のご予約は、  
患者様ご自身がお電話にて行っていただくよう、ご説明をお願いいたします。
- 手順6・・・1枚目をFAX送信ください。
- FAX送信ができない場合には、ご予約の方法1の【FAX送信ができない場合】にて、ご予約ください。

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

診療情報提供書(検査依頼票)

医療法人社団 豊智会 八重洲クリニック



2

依頼元コード

紹介元医療機関名  
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 来院予約日時

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

4 患者様から予約のお電話をいただく場合

検査部位 貴院次回診察日 月 日 午前・午後 未定

5 検査区分

MRI (1.5T 3.0T) CT MMG (X線マンモグラフィ) エコー

6 造影区分

アレルギー(ヨード[CT])、喘息、妊娠、Crの値が高い方は不可 透析治療中にご連絡ください。0120-786-055 無 有 一任

7 検査前の確認事項

MRI 心臓ペースメーカー(無・有) 有の場合は検査できません 人工内耳(無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 脳動脈クリップなどの体内クリップ(無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 共通 妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性(無・有) 有の場合、原則検査不可 心臓ペースメーカー(メドトロニック社製)(無・有) 有の場合、検査ができない場合があります MMG 体内埋め込み型除細動器(全メーカー)(無・有) 有の場合は検査できません

7

※造影区分▶有または一任の場合

喘息の既往(有・無) (小児喘息は除く) 有の場合は造影禁忌 腎障害(有・無・未検) クレアチニン( mg/dl) 感染症(有・無・不明) 有の場合の名称( )

8 検査部位

頭部(脳・脳動脈・下垂体・内耳) 頸部(頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺) 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) 胸部(肺・縦隔・心臓・乳房) 腹部(肝・胆・膵・腎) 骨盤(子宮・卵巣・膀胱・前立腺) 大血管(胸・腹・骨盤・上肢・下肢) 肩関節(ひだり・みぎ) 手関節(ひだり・みぎ) 股関節 膝関節(ひだり・みぎ) 足関節(ひだり・みぎ) その他

8 疾患名又は臨床診断・検査の目的

診断名: 読影医指定:

症状の経過(治療経過・及び検査結果、現在の処方 備考)

診断精度向上の為、レントゲンフィルム(CT, MRI 画像含む)のお貸し出しにご協力をお願いいたします。

9 画像・レポートについて ※下欄にチェックが無い場合は、登録内容で対応させていただきます

画像 画像媒体 送付方法 フィルム CD(Viewer付) CD(Viewer無) 宅配便 患者様が持ち帰り レポート 送付方法 宅配便 FAX(原本は後日送付いたします) 患者様が持ち帰り 時間帯によってはお持ち帰り出来ない場合がございます。ご予約時にお申し付けください。

予約 TEL 0120-786-055

FAX 番号 03-6202-3377

◎ 貴院控え

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

診療情報提供書(検査依頼票)

医療法人社団 豊智会 八重洲クリニック



2

依頼元コード

紹介元医療機関名  
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 来院予約日時

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

4 患者様から予約のお電話をいただく場合

検査部位 貴院次回診察日 月 日 午前・午後 未定

5 検査区分

MRI (1.5T 3.0T) CT MMG (X線マンモグラフィ) エコー

6 造影区分

アレルギー(ヨード[CT])、喘息、妊娠、Crの値が高い方は不可 透析治療中にご連絡ください。0120-786-055

無 有 一任

7 検査前の確認事項

MRI MRI 心臓ペースメーカー(無・有)有の場合は検査できません 人工内耳(無・有)有の場合、検査ができない場合があります 脳動脈クリップなどの体内クリップ(無・有)有の場合、検査ができない場合があります 共通 妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性(無・有)有の場合、原則検査不可 共通 CT 心臓ペースメーカー(メドトロニック社製)(無・有)有の場合、検査ができない場合があります MMG 体内埋め込み型除細動器(全メーカー)(無・有)有の場合は検査できません

7

※造影区分▶有または一任の場合

喘息の既往(有・無) (小児喘息は除く)有の場合は造影禁忌 腎障害(有・無・未検) クレアチニン(mg/dl) 感染症(有・無・不明) 有の場合の名称

8 検査部位

頭部(脳・脳動脈・下垂体・内耳) 頸部(頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺) 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) 胸部(肺・縦隔・心臓・乳房) 腹部(肝・胆・脾・腎) 骨盤(子宮・卵巣・膀胱・前立腺) 大血管(胸・腹・骨盤・上肢・下肢) 肩関節(ひだり・みぎ) 手関節(ひだり・みぎ) 股関節 膝関節(ひだり・みぎ) 足関節(ひだり・みぎ) その他

8 疾患名又は臨床診断・検査の目的

診断名: 読影医指定:

症状の経過(治療経過・及び検査結果、現在の処方・備考)

診断精度向上の為、レントゲンフィルム(CT, MRI 画像含む)のお貸し出しにご協力をお願いいたします。

9 画像・レポートについて

※下欄にチェックが無い場合は、登録内容で対応させていただきます

画像 画像媒体 フィルム CD(Viewer付) CD(Viewer無) 送付方法 宅配便 患者様が持ち帰り

レポート 送付方法 宅配便 FAX(原本は後日送付いたします) 患者様が持ち帰り 時間帯によってはお持ち帰り出来ない場合がございます。ご予約時にお申し付けください。

予約 TEL 0120-786-055

FAX 番号 03-6202-3377

① 八重洲クリニック用(FAX・患者様持参用)

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

検査依頼票 (診療情報提供書)

医療法人社団 豊智会 八重洲クリニック



2

依頼元コード

紹介元医療機関名 (紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 来院予約日時 遅れる場合は当日でも来院前までにご連絡ください

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

4 患者様から予約のお電話をいただく場合

検査部位

貴院次回診察日

月 日 午前・午後 未定

5 検査区分

MRI (1.5T 3.0T) CT MMG (X線マンモグラフィ) エコー

6 造影区分

- アレルギー(ヨード[CT])、喘息、妊娠、Crの値が高い方は不可
透析治療中にご連絡ください。0120-786-055

無 有 一任

以下につきまして、事前に、ご確認のうえご記入いただき、検査当日、受付にご提出願います。

フリガナ 氏名 Name 男 / 女 MALE / FEMALE 生年月日 Date of birth 明・大 昭・平 年 (y) 月 (m) 日 (d)

ご住所 Address 〒 電話番号 TEL 携帯・自宅・勤務先

食事制限

おなかの検査(腹部)や造影検査(有または一任)の方... 検査4時間前より食事制限あり(お水・お茶は可)
その他の検査を受ける方... 飲食の制限はありません。
※上腹部・下腹部のエコーは検査の2時間前からトイレ(排尿)をお控え下さい。

検査を受けるすべての方 <ご注意> 「はい」が1つ以上ある場合は、検査が出来ないことがありますので、ご来院前までに必ず当クリニックへご連絡ください。

- 1. 下記の体内金属がある方は、MRI検査が出来ません。該当するものはありますか?
2. (MRI検査の方で)上記以外の体内金属はありますか?
3. 歯科治療でブリッジ、インプラント、磁石埋め込み式、矯正具等の金属を使用していますか?
4. (胸部CT検査の方で)メドトロニック社製の心臓ペースメーカーを装着されていますか?
5. 妊娠初期3ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性はありますか?
6. 刺青をしていますか?
7. 閉所恐怖症ですか?

6 造影区分の「有」「一任」に [ ] がある方

- 1. 腎臓のご病気や腎臓障害がありますか?
2. 喘息と診断されたことがありますか?
3. 過去に造影検査で副作用を起こしたことがありますか?
4. 感染症はありますか?
5. 現在、授乳中ですか?

右記説明にある画像使用に同意できません。 ※「はい」の方は [ ] をして下さい。

今回撮影しました画像データは、医学発展の為に学術利用させていただく場合がございます。(個人情報等は全て削除いたします)ご承諾いただけますようお願いいたします。

地図・注意事項につきましては、裏面をご参照下さい。

③ 患者様持参用(検査当日持参用)

## 検査当日の注意事項

### ◆ 予約日時について

- ①記載されたご来院予約日時にお越しください。
- ②遅れる場合は当日でも来院の前までにお電話にてご連絡下さい。
- ③検査時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査が出来なくなる場合がございます。

### ◆ 検査の所要時間について

- ①ご来院受付から会計終了まで1時間程度ですが、検査内容や当日の状況により、それ以上かかる場合もあります。予めご了承ください。
- ②検査当日は、ご来院いただいてから、お支度・検査説明後に、撮影開始となります。

### ◆ 検査料金（保険適応3割負担の場合）の目安について

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| MRI（非造影）・・・8,000円～9,000円  | エコー・・・3,000円～4,000円 |
| MRI（造影）・・・13,000円～15,000円 | X線マンモグラフィ・・・4,000円  |
| CT（非造影）・・・7,000円～8,000円   | 追加CD・・・2,100円       |
| CT（造影）・・・11,000円～12,000円  |                     |

\*お支払いにはVISA・MASTER・JCB・AMEXのクレジットカードをご利用いただけます

### ◆ 持ち物について

- ①保険証
- ②本書（検査予約票）

### ◆ X線マンモグラフィについて

X線マンモグラフィの検査場所は近隣の提携医療施設になります。

### 〈チャリティへのご協力のお願い〉

頭部以外の検査は更衣が必要となりますが、その際、もし受診者をご自分でお着替え用の上下服（金具・ボタンが付いていないもの）をご持参くださった場合には、そこで節約できた費用（検査着クリーニング代100円/回）について、当院からNPO法人チャリティ・プラットフォームが協賛する社会貢献プロジェクトに寄付をさせていただきます。

何卒、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

## ご案内地図 ※ 当院専用の駐車場はございません。 お車で越しの方は、お近くの有料駐車場をご利用ください。



医療機関名 八重洲クリニック  
 所在地 東京都中央区日本橋 2-1-18 C-road Bldg 4F  
 電話番号 0120-786-055

最寄駅 JR東京駅 八重洲北口より 徒歩5分  
 東京メトロ 日本橋駅 A3 出口より 徒歩2分  
 日本橋駅 B3 出口より 徒歩3分  
 B5 出口より 徒歩2分

### JR 東京駅 八重洲北口

八重洲北口を出て、左手正面の横断歩道を渡り、さくら通りを直進（本間ゴルフが左手）。  
 一つ目の信号を左へ（目印：十勝ワイン）。  
 そのまま100メートルほど直進後、右手にある中山眼科手前を右へ。  
 中山眼科横のビル4Fが当クリニック受付です。

### 日本橋駅 B3 出口

日本橋 B3 から地上に上がり左へ（右手に高島屋）。  
 信号を渡り50メートルほど直進。  
 左手のシティーバンク手前を左へ。直進30メートル後、右手のビル  
 4F が当クリニック受付です。