

AIC

MRI 検査・CT検査

紹介状(診療情報提供書)

AIC 八重洲クリニック

依頼元コード

 ご予約TEL 0120-786-055

 依頼票FAX 03-6202-3377

 診療時間 月～土 9:00～21:00
日・祝 9:00～18:00

ご予約方法は表紙の裏面にてご案内しております

AIC 画像検査センター AIC
東京都中央区日本橋2-1-18 八重洲クリニック

AIC画像検査センターは、AIC八重洲クリニック、筑波大学附属病院にて開設している Advanced Imaging Center です

＜自賠責保険をご利用の方へ＞

自賠責保険をご利用の患者様は、検査前に保険会社からの当クリニックへの連絡が必要となります。

ご予約の方法1 医療機関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。

この部分でご予約方法2と異なります

手順2・・・検査予約日時が決まり電話を終えましたら、

この部分でご予約方法2と異なります

来院予約日時を ③ に記入していただくと共に、下記項目をご記入ください。

① 貴院カルテ番号、患者様氏名、生年月日、性別、連絡先電話番号、② 貴院名称、貴院コード番号

⑤ 検査をする機器、⑦ 造影の有無

手順3・・・⑥ 検査の禁忌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・・・紹介状の1枚目をFAX送信ください（FAX 03-6202-3377）。

（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、紹介状の下記項目をご記入ください。

① 貴院カルテ番号、患者様氏名、生年月日、性別、連絡先電話番号、② 貴院名称、貴院コード番号

⑤ 検査をする機器、⑦ 造影の有無

手順2・・・⑥ 検査の禁忌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・・・③ 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、

この部分でご予約方法1と異なります

④ 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。

この部分でご予約方法1と異なります

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 03-6202-3377）。

FAX送信ができない場合は、ご予約の方法1（医療機関からご予約の電話をいただく場合）にて、ご予約ください。

当院の造影一任の判断基準について

造影剤を利用することで様々な情報が得られますが、造影剤には副作用が発生する可能性があることから、当院へ造影剤の使用判断を一任された検査につきましては、以下の基準により造影剤使用判断を行っています。
ご理解の程、宜しくお願い致します。

1. 単純検査画像確認時に腫瘍性病変が確認されない場合

原則として単純検査へ移行します。

ただし、腫瘍性病変の存在確認を目的とした検査であり、造影を行うことで小病変の有無が明瞭となると考えられる場合、肉眼的に血尿が確認できる場合には造影検査を行います。

2. 単純検査画像確認時に病変が確認された場合

造影検査により追加情報が得られる可能性が高いと判断される場合に造影検査を行います。

（造影検査により追加情報が得られる可能性が高いと判断される場合の例）

（1）病変が血管豊富な腫瘍あるいは血管性病変と想定される場合

（2）腫瘍と血管との関係を確認したい場合

（3）造影されるパターンで腫瘍の鑑別診断が確定されるもの

（4）腫瘍の深達度診断、術前診断

（5）血管の走向・正常変異の血管の有無などの確認が必要な場合

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

携帯電話番号

その他電話番号

自宅・勤務先・その他()

E-Mail

紹介状(診療情報提供書)

TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377

2

依頼元コード

紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話または内線番号

内線

3 来院予約日時 ☐ 患者様がご自身で予約(4もご記入ください)

20 年 月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

●来院予約日時に遅れないようご注意ください。受付完了後、問診およびお着替え等をして頂きます。検査開始となります。

4 医師の方へ：結果説明日時がお決まりであればお教えてください

検査部位

貴院結果説明日

未定 月 日 午前・午後

5 検査をする機器 MMG、エコーはMRI又はCTと同日検査が可能です。

☐ MRI (☐ 3.0T ☐ 1.5T ☐ どちらでも可) ☐ CT

注)冠動脈を含む心臓とDWIBSと頸関節は1.5T、その他は3.0Tを推奨しています。

☐ MMG (X線マンモグラフィ) ☐ エコー

6 検査の禁忌事項 ※「造影の有無が有または一任の場合」は、右欄7も必ずご記入ください。

MRI

・体内埋込型医療機器(ペースメーカー、ICD等) (無・有) 有の場合は検査ができません

・人工内耳・中耳 (無・有) 有の場合は検査ができません

・体内金属(脳動脈クリップなど) (無・有) 部位・いつから・素材[]

共通

・妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合は検査ができません 不明な方は要相談

CT

MMG

・心臓ペースメーカー(メトロニック社製) (無・有) 年式、材質によっては不可 要相談

・体内埋め込み型除細動器(全メーカー) (無・有) 年式、材質によっては不可 要相談

・くマンモグラフィの場合のみ> 豊胸 (無・有) 有の場合は検査ができません

7 造影の有無 一任の判断基準は表紙の裏をご参照ください。

☐ 無 ☒ 有 ☐ 一任●造影剤副作用歴(MRIは金属、CTはヨード)、その他
以下の基準に抵触する方は造影不可です。

造影 有 または 一任の場合 (該当箇所○をしてください)

●気管支喘息の既往 無 ・ 有 (造影不可)

咳喘息/小児喘息であったが治癒した成人の方…造影可
喘息様症状のあった方は、気管支喘息であったかを受診時までにご確認ください。

●腎障害 無 (造影可) ・ 有 (造影不可(eGFR30未満)) ・ 未検

※透析治療中の方はMRI 造影は不可、CT 造影は可

※未検の場合には、クレアチニンの値の測定をお願いします。

クレアチニン(mg/dl) 検査日:

参考:eGFR男女年齢別早見表- eGFR30未満(オレンジ・赤)は、造影剤を使用できません。
<https://www.m-satellite.jp/eGFR.pdf>

●感染症 無 ・ 有(名称:) ・ 不明

※ 造影禁忌に該当する場合、当院放射線科医の判断により検査を中止する場合がございます。予めご了承ください。

8 検査部位

☐ 頭 部 (脳・脳動脈、下垂体・内耳・副鼻腔・顎関節)☐ 頸 部 (頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺)☐ 胸部(注) (肺・縦隔・乳房)☐ 上腹部 (肝・胆・脾・腎)☐ 下腹部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)☐ 整形領域☐ 脊 椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)☐ 肩関節 (ひだり・みぎ)☐ 膝関節 (ひだり・みぎ)☐ 手関節 (ひだり・みぎ)☐ 股関節 (両側・ひだり・みぎ)☐ 足関節 (ひだり・みぎ)☐ 上肢下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿)☐ がん転移検索・治療効果判定 ☐ MRI(DWIBS) ☐ CT☐ その他 ()

(注)心臓・大血管は循環器専用依頼票をご利用下さい

8 疾患名又は臨床診断・検査の目的

<読影医指定>

傷病名:

紹介目的

既往歴及び家族歴・症状の経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考

検査をご依頼される根拠となった単純X線写真などの画像のお貸し出しにご協力をお願いいたします。
(骨関節単純X線、経時的変化を疑った複数回の胸部X線、乳房マンモグラフィ、当院以外で撮影されたCT、MRI画像や、心電図、採血結果等)

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

画像

☐ 画像配信・Web配信☐ フィルム※普通郵便不可☐ CD(Viewer付)☐ CD(Viewer無)☐ 宅配便(配達記録有・有料)☐ 普通郵便(配達記録無・無料)☐ 患者様持帰り(無料)

レポート

☐ 画像配信・Web配信☐ 医師用+患者用☐ 医師用のみ☐ FAX☐ 宅配便(配達記録有・有料)☐ 普通郵便(配達記録無・無料)☐ 患者様持帰り(無料) ※予約時にお申し出ください。

(注)時間帯により対応が出来ない場合があります。

☐ 上記の画像送付方法を(当院・当医師)は、今後も継続してオーダーします。☐ 上記のレポート送付方法を(当院・当医師)は、今後も継続してオーダーします。

AIC 八重洲クリニック

紹介状(診療情報提供書)

AIC 画像検査センター

東京都中央区日本橋2-1-18

AIC

八重洲クリニック

①AIC八重洲クリニック用(FAX・患者様持参用)

202004

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

携帯電話番号

その他電話番号

自宅・勤務先・その他()

E-Mail

紹介状(診療情報提供書)

TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377

2

依頼元コード

紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話または内線番号

内線

3 来院予約日時

☐ 患者様がご自身で予約(4もご記入ください)

20 年 月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

●来院予約日時に遅れないようにお越しください。受付完了後、問診およびお着替え等をして頂き、検査開始となります。

4 医師の方へ：結果説明日時がお決まりであればお教えてください

検査部位

貴院結果説明日

未定 月 日 午前・午後

5 検査をする機器

MMG、エコーはMRI又はCTと同日検査が可能です。

☐ MRI (☐ 3.0T ☐ 1.5T ☐ どちらでも可) ☐ CT

注) 冠動脈を含む心臓とDWIBSと顎関節は1.5T、その他は3.0Tを推奨しています。

☐ MMG (X線マンモグラフィ) ☐ エコー

6 検査の禁忌事項 ※「造影の有無が有または一任の場合」は、右欄7も必ずご記入ください。

MRI

・体内埋込型医療機器(ペースメーカー、ICD等) (無・有) 有の場合は検査ができません

・人工内耳・中耳 (無・有) 有の場合は検査ができません

・体内金属(脳動脈クリップなど) (無・有) 部位・いつから・素材()

共通

・妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合は検査ができません 不明な方は要相談

CT
MMG

・心臓ペースメーカー(メトロニック社製) (無・有) 年式、材質によっては不可 要相談

・体内埋め込み型除細動器(全メーカー) (無・有) 年式、材質によっては不可 要相談

・<マンモグラフィの場合のみ> 豊胸 (無・有) 有の場合は検査ができません

7 造影の有無

一任の判断基準は表紙の裏をご参照ください。

☐ 無☒ 有☐ 一任

●造影剤副作用歴(MRIは金属、CTはヨード)、その他以下の基準に抵触する方は造影不可です。

造影 有 または 一任の場合 (該当箇所に○をしてください)

・気管支喘息の既往 無 ・ 有 (造影不可)

咳喘息/小児喘息であったが治療した成人の方…造影可
喘息様症状のあった方は、気管支喘息であったかを受診時までにご確認ください。

・腎障害 無 (造影可) ・ 有 (造影不可(eGFR30未満)) ・ 未検

※透析治療中の方はMRI 造影は不可、CT 造影は可

※未検の場合には、クレアチニンの値の測定をお願いします。

クレアチニン(mg/dl) 検査日:

参考:eGFR男女年齢別早見表- eGFR30未満(オレンジ・赤)は、造影剤を使用できません。
<https://www.m-satellite.jp/eGFR.pdf>

・感染症 無 ・ 有(名称:) ・ 不明

※ 造影禁忌に該当する場合、当院放射線科医の判断により検査を中止する場合がございます。予めご了承ください。

8 検査部位

☐ 頭 部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳・副鼻腔・顎関節)☐ 頸 部 (頸動脈・咽頭・喉頭・甲状腺)☐ 胸部(注)(肺・縦隔・乳房)☐ 上腹部 (肝・胆・膵・腎)☐ 下腹部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)☐ 整形領域☐ 脊 椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)☐ 肩関節 (ひだり・みぎ)☐ 膝関節 (ひだり・みぎ)☐ 手関節 (ひだり・みぎ)☐ 股関節 (両側・ひだり・みぎ)☐ 足関節 (ひだり・みぎ)☐ 上肢下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿)☐ がん転移検索・治療効果判定 ☐ MRI (DWIBS) ☐ CT☐ その他 ()

(注) 心臓・大血管は循環器専用依頼票をご利用下さい

8 疾患名又は臨床診断・検査の目的

<読影医指定>

傷病名:

紹介目的

既往歴及び家族歴・症状の経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考

検査をご依頼される根拠となった単純X線写真などの画像のお貸し出しにご協力をお願いいたします。
(骨関節単純X線、経時的変化を疑った複数回の胸部X線、乳房マンモグラフィ、当院以外で撮影されたCT、MRI 画像や、心電図、採血結果等)

9 画像・レポートについて

※下欄にチェックが無い場合は、従来通りの登録内容で対応させていただきます

☐ 画像配信・Web 配信☐ フィルム ※普通郵便不可☐ 宅配便 (配達記録有・有料)☐ CD (Viewer付)☐ 普通郵便 (配達記録無・無料)☐ CD (Viewer無)☐ 患者様持帰り (無料)

レポート

☐ 画像配信・Web 配信☐ 医師用+患者用☐ 医師用のみ☐ FAX☐ 宅配便 (配達記録有・有料)☐ 普通郵便 (配達記録無・無料)☐ 患者様持帰り (無料) ※予約時にお申し出ください。
(注) 時間帯により対応が出来ない場合があります。☐ 上記の画像送付方法を(当院・当医師)は、今後も継続してオーダーします。☐ 上記のレポート送付方法を(当院・当医師)は、今後も継続してオーダーします。

AIC 八重洲クリニック

紹介状(診療情報提供書)

AIC 画像検査センター

東京都中央区日本橋2-1-18

AIC

八重洲クリニック

②貴院控え

202004

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏 名

生年月日

性別

男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号

自宅・勤務先・その他 ()

E-Mail

検査予約票

TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377

2

依頼元コード

紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話または内線番号

内線

3 来院予約日時

☐ 患者様がご自身で予約 (4 もご記入ください)

20 年 月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

● 来院予約日時に遅れないようにお越しください。受付完了後、問診およびお着替え等をして頂き、検査開始となります。

4 医師の方へ：結果説明日時がお決まりであればお教えてください

検査部位

貴院結果説明日

未定 月 日 午前・午後

5 検査をする機器

MMG、エコーはMRI又はCTと同日検査が可能です。

☐ MRI (☐ 3.0T ☐ 1.5T ☐ どちらでも可) ☐ CT

注) 冠動脈を含む心臓とDWIBSと顎関節は1.5T、その他は3.0Tを推奨しています。

☐ MMG (X線マンモグラフィ) ☐ エコー

7 造影の有無

一任の判断基準は表紙の裏をご参照ください。

☐ 無 ☒ 有 ☐ 一任

● 造影剤副作用歴 (MRIは金属、CTはヨード) のある方は造影不可です。

点線枠内の確認事項は、来院前に必ずご記入ください

ご来院前の確認事項

以下の質問にて、「はい」が1つ以上ある場合は、ご来院いただいても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ご連絡ください (03-6202-3370)。

1. 検査を受ける全ての方

(1) 下記のような金属が体内にある方は、MRI検査が出来ません。該当するものはありますか？

☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工内耳中耳 ☐ 脳脊髄刺激電極 ☐ 体内埋込式インスリンポンプ ☐ 磁石式人工肛門 ☐ 金属製の義眼 ☐ 金の糸 (ゴールデンリフト)

いいえ・はい

(2) 上記以外の体内金属・外せない金属はありますか？

※体内金属の種類により検査が出来ない場合がございます。(材質が100%チタンと判明しているものは検査可能)

お電話でご連絡いただいた際、金属の種類 (何が)、部位 (どこに)、体内に入った時期 (いつ)、材質を確認させていただきます。

☐ 脳動脈クリップ ☐ 体内クリップ ☐ スtent ☐ コイル ☐ シャント ☐ 体内置き鍼 ☐ インプラント その他 ()

いいえ・はい

(3) 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？

いいえ・はい

(4) (MRI検査の方で) 刺青・アートメイク・ジェルネイルをしていますか？ (撮影部位に近い場所にある場合には、検査が出来ない場合がございます)

※材質によって火傷・変色することが稀にございます。

いいえ・はい

(5) 閉所恐怖症ですか？

いいえ・はい

(6) 下記を付けたままMRI検査を受けることはできません。今現在ご利用されていますか？ ※検査の際は取り外していただきます。

☐ 義歯 (マグネット式含む) ☐ 補聴器 ☐ カラーコンタクト ☐ サークルレンズ ☐ 湿布 ☐ カイロ ☐ ピアス ☐ 貼るタイプ置き鍼 ☐ ヒートテック類

いいえ・はい

2. 造影の有無が「有」・「一任」の方

※造影とは造影剤という薬剤を使用して行う検査です

(1) 腎臓のご病気や腎臓障害がありますか？ <お願い> 可能でしたら、血液検査の結果を検査当日にお持ち下さいますようお願いいたします。

いいえ・はい

(2) 気管支喘息と診断されたことがありますか？

いいえ・はい

(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？

いいえ・はい

(4) 感染症はありますか？ (肝炎・HIV・梅毒など)

いいえ・はい

(5) 現在、授乳中ですか？

いいえ・はい

(6) 過去に薬剤でアレルギー症状が起こったことはありますか？

いいえ・はい

フリガナ

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

ご住所 〒 -

Address

電話番号

TEL

携帯・自宅・勤務先

今回撮影した画像データを学術利用等させていただきたい場合があります。
学術利用等は、個人情報は一切排除した上で行います。ご理解の程、よろしくお願いいたします。☐ 学術利用等に同意しない

<自賠責保険をご利用の方へ> 自賠責保険をご利用の患者様は、検査前に保険会社からの当クリニックへの連絡が必要となります。

自賠責保険を利用して受診する場合は、事前に保険会社へ連絡をお願いします。

お仕事中・通勤中のお怪我の方は、当院用の労災用紙をご提出いただくまでは自由診療となります。

AIC 八重洲クリニック

検査予約票

AIC 画像検査センター

東京都中央区日本橋2-1-18

AIC

八重洲クリニック

③ 患者様持参用 (検査当日持参用)

202004

検査当日について

食事制限

腹部 (MRI、CT、エコー)・骨盤 (MRI) 検査の方…………… **検査6時間前より食事はお控えください (お水の摂取は検査直前まで可)**
 その他の検査を受ける方 (MRI、CT、エコー)…………… **飲食の制限はありません。**
 ※骨盤の検査の方は、ご来院時間1時間前までに排尿をすませてください。来院1時間前を過ぎて排尿をされた場合は、約300ml程度のお水を飲んでご来院ください。
 ※腹部MRI検査、骨盤MRI検査を受診される方は、検査当日、鉄サプリメント及び鉄剤を服用されないようお願い申し上げます (検査画像に影響が出る場合があります)。

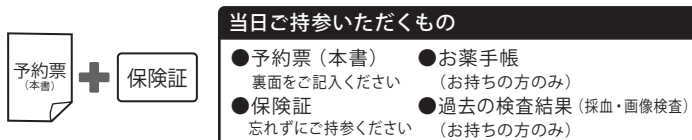
検査料金

(3割負担目安)

MRI (非造影) …… 8,000 円～ 9,000 円	CT (非造影) …… 7,000 円～ 8,000 円	エコー …… 3,000 円～ 4,000 円
MRI (造影) …… 13,000 円～ 15,000 円	CT (造影) …… 12,000 円～ 15,000 円	X線マンモグラフィ …… 4,000 円
追加 CD …… 2,200 円	お支払いには VISA・MASTER・JCB・AMEX・Diners のクレジットカードをご利用いただけます	

検査当日

1 検査当日は、予約票に記載された来院時間に受付へお越し下さい。



※来院時間に遅れそうな場合は必ずお電話ください。
 他の検査との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、
 予約当日に検査が出来ない場合がございます。
 電話: 03-6202-3370

2 受付完了後、問診およびお着替え等をして頂き、検査開始となります。

〔ご注意〕検査内容や当日の状況により、所要時間が前後する場合もございます。また、来院時間と検査開始時間は異なります。



AIC 八重洲クリニック ご案内地図

東京都中央区日本橋 2-1-18 TEL 03-6202-3370



←青い看板が目印です

検査により受付が異なりますので、ご注意ください ↓

最寄駅のご案内

JR東京駅
 八重洲北口より 徒歩4分
東京メトロ 日本橋駅
 A7、B0、B5出口より 徒歩1分
 ※ 都営浅草線でお越しの方は、地下通路をご利用ください。

受付のご案内

心臓検査…………… 1階受付
 その他検査…………… 2階受付