

AIC

MRI 検査・CT 検査

紹介状(診療情報提供書)

AIC 画像検査センター

at AIC 八重洲クリニック

AIC 画像検査センター

at 筑波大学附属病院敷地内



依頼元コード

当院の検査施設は、2 か所ございます

八重洲 AIC 八重洲クリニック



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

つくば AIC 画像検査センター



ご予約TEL

0120-973-019



依頼票FAX

029-853-0071



診療時間

月～金 8:30～18:00

土 9:00～13:00

日・祝 休診

ご予約方法は表紙の裏面にてご案内しております



検査依頼票は4枚1組です

1枚目 紹介状

AIC画像検査センター用
(FAX・患者様持参用)

2枚目 紹介状

貴院控え

3枚目 予約票

患者様検査当日持参用
(ご来院前の確認事項)

4枚目 地図

当院の検査施設は、2か所ございます。ご注意ください

AIC画像検査センター

東京都中央区日本橋2-1-18 at AIC 八重洲クリニック

AIC画像検査センター

茨城県つくば市天久保2-1-16 at 筑波大学附属病院敷地内

AIC画像検査センターは、AIC八重洲クリニック、筑波大学附属病院敷地内にて開設している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当院への連絡が必要となります。
紹介状に、保険会社情報を記入してください。

ご予約の方法 1 医療機関からご予約のお電話をいただく場合

手順1・・・検査依頼内容が決まりましたら、検査を受ける場所のご予約TEL番号へお電話ください。

📞 八重洲 0120-786-055 📞 つくば 0120-973-019

手順2・・・予約電話を終えましたら、紹介状の ③ 受診場所に✓を入れ、来院日時をご記入いただき、
下記項目をご記入ください。

① 患者様情報 ② 紹介元医療機関 ④ 貴院結果説明日・再診日 ⑤ 検査機器 ⑥ 造影の有無
⑦ 検査部位 ⑧ 傷病名・紹介目的と臨床情報 ⑨ 検査の注意事項（患者様にご確認ください）
造影有の場合は ⑩ 造影有 又は 一任の場合 ⑪ 画像・レポートについて

手順3・・・3枚目の予約票と4枚目の地図を患者様にお渡しください。

手順4・・・1枚目の紹介状をFAXにてお送りください。

☎ 八重洲 03-6202-3377 ☎ つくば 029-853-0071

■ FAX 送信ができない場合

1 枚目の紹介状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 枚目の予約票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 患者様よりお電話でご予約いただく場合

手順1・・・紹介状の ③ 来院日時欄の 患者様のご自身で予約 と、検査を受ける場所に☑を入れ、

④ 医師の方へ（検査部位・貴院結果説明日）をご記入ください。

手順2・・・下記項目をご記入ください。

①、②、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩

手順3・・・3枚目の予約票と4枚目の地図を患者様にお渡しください。その際、来院日時のご予約は、
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4・・・1枚目の紹介状をFAXにてお送りください。

☎ 八重洲 03-6202-3377 ☎ つくば 029-853-0071

八重洲 AIC 八重洲クリニック

📞 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

つくば AIC 画像検査センター

📞 ご予約TEL **0120-973-019**

☎ 依頼票FAX **029-853-0071**

🕒 診療時間 月～金 8:30～18:00
日・祝 休診 土 9:00～13:00

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、患者様の同意が得られなかった場合や造影禁忌に該当した場合を除き、以下の基準により造影剤使用判断を行います。

1. 造影検査を施行する場合

以下のような場合には、造影検査を施行します。

- (1) 依頼票にて腫瘍性病変を疑っている場合
- (2) 鑑別診断、広がり診断、病期診断のために造影検査が必要であると判断できる場合。
- (3) 血管性病変あるいは血管の走行・正常変異の有無などの確認が必要な場合。
- (4) 臨床所見や単純画像等で病変の存在リスクが高いと考えられる場合（肝硬変、脾のくびれ状萎縮、US で腫瘍指摘の場合など）。
- (5) 過去検査歴より今回検査が腫瘍性病変の鑑別が必要な検査であると判断される場合。

2. 単純検査を施行する場合

上記に該当しない場合において、以下の理由が当てはまる場合には単純検査を施行します。

- (1) 腫瘍性病変が認められない場合
- (2) 単純検査で検査目的の診断が可能な場合

1 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

男・女

携帯電話番号

その他 電話番号

自宅・勤務先
その他 ()

担当医

科

殿

MRI 紹介状 八重洲 AIC八重洲クリニック つくば AIC画像検査センター
TEL 0120-786-055 TEL 0120-973-019
(診療情報提供書) FAX 03-6202-3377 FAX 029-853-0071

2 紹介元医療機関 依頼元コード

(名称)

(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 受診場所 来院日時(貴院からのご予約)

☐ 八重洲 20 年 月 日 () 午前 午後 時 分 来院
☐ つくば 来院受付の後、問診・医師による診察・着替・検査の順にご案内します

4 ☐ 患者様ご自身で予約される場合、ご記入ください。

検査部位(患者様用に複写されます) 貴院結果説明日・再診日 ☐ 未定
月 日 午前 午後 時 分

5 検査機器 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
☐ エコー (八重洲のみ) ☐ マンモグラフィ (八重洲のみ)

6 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。

☐ 造影 ☐ 単純 ☐ 一任
(当院医師が造影の必要性を判断します)

7 検査部位

☐ 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・聴器・副鼻腔・顎関節
眼窩・顔面・他 ())
☐ 頸部 (頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺・他 ())
☐ 胸部 (肺・縦隔・乳房) 注:心臓・大血管は専用依頼票をご利用下さい
☐ 腹部 (肝・胆・膵・腎・他 ())
☐ 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・他 ())
☐ 皮下腫瘍 (背部・臀部・頭頸部・胸腹骨盤(前面)
軟部腫瘍 上肢・下肢・他 ())
整形領域
☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・全脊椎(簡略版))
☐ 肩関節: ひだり・みぎ ☐ 膝関節: ひだり・みぎ
☐ 手関節: ひだり・みぎ ☐ 足関節: ひだり・みぎ
☐ 股関節: 両側・ひだり・みぎ
☐ 上肢下肢: ひだり・みぎ (上腕・肘・前腕・大腿・下腿)
☐ 関節 他 ()
☐ 広範囲 ☐ MRI (DWIBS・体幹部がん検索)
☐ CT (頭・頸・胸・腹・骨盤・上肢・下肢)
☐ その他 ()

8 傷病名・紹介目的と臨床情報 ☐ 別紙参照 < 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、当院以外で撮像されたCT、MRI等)

9 検査の注意事項 当てはまる項目に✓をしてください。

禁忌
条件付禁忌
禁忌
☐ 妊娠している方
☐ 人工内耳・中耳
☐ ペースメーカー
☐ 体内埋込型医療機器 (除細動器、脳脊髄刺激電極等)
※MRI対応型であってもMRI検査不可
※CT検査では、機器により条件が異なります。お問合せ下さい。
☐ 持続自己血糖測定器 (リブレ等)
☐ 体内埋込式インスリンポンプ
☐ ホルター心電図
☐ 体内金属 (脳動脈クリップ等)
※部位、素材、体内に入れた時期を確認
部位
素材
いつから
☐ 鉄粉含む増毛パウダー／1日タイプの白髪染め
☐ マグネットネイル、ミラーネイル
☐ 経皮型吸収貼付薬 (例: エストラナテープ)
☐ 豊胸

CT及びMRI造影不可

MRI検査不可

撮影範囲内にある場合
CT検査不可

外せない場合
MRI/CT検査不可

部位、素材により
MRI検査不可
となる場合あり

頭部のMRI検査不可

外せない場合
MRI検査不可

原則MMG検査不可

10 造影 有又は一任の場合は下記項目のチェックをお願いいたします

※造影禁忌に該当する場合、当院医師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。
・気管支喘息 (注) 咳喘息であれば造影出来る為、無 (造影可) に✓して下さい
☐ 無 (造影可) ☐ 有 (造影不可)
小児喘息の成人後発作 ☐ 無 (造影可) ☐ 有 (造影不可)
・造影剤副作用歴
☐ 無 (造影可) ☐ 有 (MRIガドリニウム) (造影不可) ☐ 有 (CTヨード) (造影不可)
・腎障害 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明
測定値: クレアチニン () mg/dl 検査日:
☐ eGFR30 以上 (造影可) ☐ 未満 (造影不可) ☐ 透析中 (CT 可、MRI 不可)
・甲状腺機能亢進症 現在の治療: ☐ 無 ☐ 有 (MRI可、CT不可)
採血値: (TSH:) FT4:) T8:)
☐ 甲状腺機能の安定 (CT 可) 造影後、必ず血液検査でホルモン値を確認してください。
・薬剤アレルギー ☐ 無 ☐ 有 (薬剤名:)
・感染症 ☐ 無 ☐ 有 (名称:) ・不明
・βブロッカーについて ☐ 使用中 ☐ 使用可 ☐ 使用不可 (禁忌)
※アナフィラキシー対応の際に必要な情報です。

11 画像CD・レポートについて 画像CDを患者持帰り(無料)、レポートを普通郵便(無料)と選択すると、送料は掛かりません。

	通常 送付方法	お急ぎ(無料)		通常 送付方法	お急ぎ(無料)
画像CD	☐ Viewer 付	☐ 宅配便(有料・追跡可)	レポート	☐ 宅配便(有料・追跡可)	☐ 患者持帰り※注
	☐ Viewer 無	☐ 普通郵便(無料)		☐ 普通郵便(無料)	☐ インターネット配信

※「患者持帰り」を選ばれる場合
●ご予約時にお申し出ください。
●作成までお待たせすることになります。
お急ぎの場合にのみお選び下さい。
●時間帯や曜日などにより
対応できない場合があります。

1 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

男・女

携帯電話番号

その他電話番号

自宅・勤務先
その他()

担当医

科

殿

MRI 紹介状 八重洲 AIC八重洲クリニック つくば AIC画像検査センター
CT (診療情報提供書) TEL 0120-786-055 TEL 0120-973-019
FAX 03-6202-3377 FAX 029-853-0071

2 紹介元医療機関 依頼元コード

(名称)

(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 受診場所 来院日時(貴院からのご予約)

☐ 八重洲 20 年 月 日() 午前 午後 時 分 来院
☐ つくば 来院受付の後、問診・医師による診察・着替・検査の順にご案内します

4 ☐ 患者様ご自身で予約される場合、ご記入ください。

検査部位(患者様用に複写されます) 貴院結果説明日・再診日 ☐ 未定
月 日 午前 午後 時 分

5 検査機器 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
☐ エコー(八重洲のみ) ☐ マンモグラフィ(八重洲のみ)

6 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。

☐ 造影 ☐ 単純 ☐ 一任
(当院医師が造影の必要性を判断します)

7 検査部位

☐ 頭部(脳・脳動脈・下垂体・聴器・副鼻腔・顎関節
眼窩・顔面・他())
☐ 頸部(頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺・他())
☐ 胸部(肺・縦隔・乳房)注:心臓・大血管は専用依頼票をご利用下さい
☐ 腹部(肝・胆・膵・腎・他())
☐ 骨盤(子宮・卵巣・膀胱・前立腺・他())
☐ 皮下腫瘍(背部・臀部・頭頸部・胸腹骨盤(前面)
軟部腫瘍 上肢・下肢・他())
整形領域
☐ 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・全脊椎(簡略版))
☐ 肩関節:ひだり・みぎ ☐ 膝関節:ひだり・みぎ
☐ 手関節:ひだり・みぎ ☐ 足関節:ひだり・みぎ
☐ 股関節:両側・ひだり・みぎ
☐ 上肢下肢:ひだり・みぎ(上腕・肘・前腕・大腿・下腿)
☐ 関節 他()
☐ 広範囲 ☐ MRI(DWIBS・体幹部がん検索)
☐ CT(頭・頸・胸・腹・骨盤・上肢・下肢)
☐ その他()

8 傷病名・紹介目的と臨床情報 ☐ 別紙参照 <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、当院以外で撮像されたCT、MRI等)

9 検査の注意事項 当てはまる項目に✓をしてください。

禁忌
条件付禁忌
禁忌
☐ 妊娠している方
☐ 人工内耳・中耳
☐ ペースメーカー
☐ 体内埋込型医療機器(除細動器、脳脊髄刺激電極等)
※MRI対応型であってもMRI検査不可
※CT検査では、機器により条件が異なります。お問合せ下さい。
☐ 持続自己血糖測定器(リブレ等)
☐ 体内埋込式インスリンポンプ
☐ ホルター心電図
☐ 体内金属(脳動脈クリップ等)
※部位、素材、体内に入れた時期を確認
部位
素材
いつから
☐ 鉄粉含む増毛パウダー／1日タイプの白髪染め
☐ マグネットネイル、ミラーネイル
☐ 経皮型吸収貼付薬(例:エストラーナテープ)
☐ 豊胸

CT及びMRI造影不可

MRI検査不可

撮影範囲内にある場合

CT検査不可

外せない場合
MRI/CT検査
不可

部位、素材により
MRI検査不可
となる場合あり

頭部のMRI検査不可

外せない場合
MRI検査不可

原則MMG検査不可

10 造影 有又は一任の場合は下記項目のチェックをお願いいたします

※造影禁忌に該当する場合、当院医師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。
・気管支喘息(注)咳喘息であれば造影出来る為、無(造影可)に✓して下さい
☐ 無(造影可) ☐ 有(造影不可)
小児喘息の成人後発作 ☐ 無(造影可) ☐ 有(造影不可)
・造影剤副作用歴
☐ 無(造影可) ☐ 有(MRIガドリニウム)(造影不可) ☐ 有(CTヨード)(造影不可)
・腎障害 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明
測定値:クレアチニン() mg/dl 検査日:
☐ eGFR30 以上(造影可) ☐ 未満(造影不可) ☐ 透析中(CT 可、MRI 不可)
・甲状腺機能亢進症 現在の治療: ☐ 無 ☐ 有(MRI可、CT不可)
採血値: (TSH: FT4: T8:)
☐ 甲状腺機能の安定(CT 可) 造影後、必ず血液検査でホルモン値を確認してください。
・薬剤アレルギー ☐ 無 ☐ 有(薬剤名:)
・感染症 ☐ 無 ☐ 有(名称:)・不明
・βブロッカーについて ☐ 使用中 ☐ 使用可 ☐ 使用不可(禁忌)
※アナフィラキシー対応の際に必要な情報です。

11 画像CD・レポートについて 画像CDを患者持帰り(無料)、レポートを普通郵便(無料)と選択すると、送料は掛かりません。

	通常 送付方法	お急ぎ(無料)		通常 送付方法	お急ぎ(無料)
画像CD	☐ Viewer 付	☐ 宅配便(有料・追跡可)	レポート	☐ 宅配便(有料・追跡可)	☐ 患者持帰り※注
	☐ Viewer 無	☐ 普通郵便(無料)		☐ 普通郵便(無料)	☐ インターネット配信

※「患者持帰り」を選ばれる場合
●ご予約時にお申し出ください。
●作成までお待たせすることになります。
お急ぎの場合にのみお選び下さい。
●時間帯や曜日などにより
対応できない場合があります。

1 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

男・女

携帯電話番号

その他 電話番号

自宅・勤務先
その他()

担当医

科

殿

MRI 紹介状 八重洲 AIC八重洲クリニック つくば AIC画像検査センター
CT (診療情報提供書) TEL 0120-786-055 TEL 0120-973-019
FAX 03-6202-3377 FAX 029-853-0071

2 紹介元医療機関 依頼元コード

(名称)

(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 受診場所 来院日時(貴院からのご予約)

☐ 八重洲 20 年 月 日() 午前 午後 時 分 来院

☐ つくば 来院受付の後、問診・医師による診察・着替・検査の順にご案内します

5 検査機器 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
☐ エコー(八重洲のみ) ☐ マンモグラフィ(八重洲のみ)

4 ☐ 患者様ご自身で予約される場合、ご記入ください。

検査部位(患者様用に複写されます) 貴院結果説明日・再診日 ☐ 未定
月 日 午前 午後 時 分

6 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。

☐ 造影 ☐ 単純 ☐ 一任
(当院医師が造影の必要性を判断します)

患者様記入欄 点線枠内の患者様確認事項は、来院前に必ずご記入ください

以下の質問にて、「✓」がある場合は、**ご来院いただいても検査が** 八重洲 03-6202-3370 月～土 9時～21時 日・祝 9時～18時
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。 つくば 029-875-9970 月～金 8:40～18時 土 8:40～13時

1. 5 検査機器が「MRI」の方へ(CT・エコー検査の方はご記入不要です): 当てはまる項目に✓をしてください。

禁忌の ☐ 体内埋込型機器(除細動器) ☐ 脳脊髄刺激電極 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工内耳・中耳 ☐ 磁石式人工肛門
金属 ☐ 金属製の義眼 ☐ 強磁性体の破片(鉄片、弾丸) ☐ 皮膚拡張器(ティッシュエキスパンダーなど) ☐ 金の糸(ゴールデンリフト)

条件付 ☐ 以下の体内金属は、種類により MRI 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)
金属 お電話いただいた際、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()

その他 ☐ 以下のものは金属成分を含んでいるため、検査の際は取り外していただきます。

☐ 持続自己血糖測定器(リブレ等) ☐ 体内埋込式インスリンポンプ ☐ ホルター心電図 ☐ 義歯 ☐ 義手、義足
☐ 磁石埋込式義歯 ☐ 歯列矯正 ☐ 補聴器 ☐ カラーコンタクト ☐ サークルレンズ ☐ ウィッグ ☐ 湿布 ☐ カイロ
☐ ピアス ☐ ヒートテック ☐ 金属製のワイヤー入りマスク

※以下のものは、外した状態で検査にお越しください。

☐ マグネットネイル・ミラーネイル等金属が含まれる可能性のあるネイルアート ☐ 経皮型吸収貼付薬(例:エストラーナテープ)
☐ 増毛パウダー・1日タイプの白髪染(金属成分を含む可能性があるため、頭部の検査はできません) ☐ 貼るタイプ置き鍼

※以下のものは、材質によって火傷・変色する可能性を否定できません。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。

☐ 刺青 ☐ アートメイク ☐ ジェルネイル

☐ 閉所恐怖症

2. 5 検査機器が「CT」の方へ(MRI・エコー検査の方はご記入不要です): 当てはまる項目に✓をしてください。

☐ 妊娠している

☐ 体内埋込型機器(除細動器) ☐ 脳脊髄刺激電極 ☐ 持続自己血糖測定器(リブレ等) ☐ 体内埋込式インスリンポンプ ☐ ホルター心電図

3. 6 造影の有無が「造影」・「一任」の方へ(単純の方はご記入不要です): 当てはまる項目に✓をしてください。

☐ 腎臓のご病気や腎臓障害がある ※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。

☐ 気管支喘息と診断されたことがある ☐ 過去に造影検査で副作用を起こしたことがある ☐ 感染症がある(肝炎・HIV・梅毒 など)

☐ 妊娠している ☐ 現在、授乳中 ☐ 過去に薬剤でアレルギー症状が起こったことがある

上記の内容に相違ないことを確認しご署名ください。未成年者の方は検査実施に関する保護者の同意としてご署名ください。

また、検査時に保護者の方が立ち会えない場合には検査時に必ず通話が可能な電話番号を記載してください。

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

ご住所 〒 Address

携帯電話番号 自宅 勤務先 家族の連絡先 症状のある方は、必ずご記入ください 家族の携帯 自宅・勤務先
Cell phone number phone no. of your family

検査の結果、経過観察が必要な方には、登録されている電話番号にリマインダーをお送りする場合があります。ご不要の方は[]リマインダーを希望しないに✓をしてください。 ☐ リマインダーを希望しない

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当院へ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・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。

3 患者様持参用(検査当日持参用) 202401

検査にあたっての ご注意

検査画像に影響がでるため、以下の点にご注意ください

	食 事 	排 尿 	鉄サプリメント・鉄剤 
腹部検査の方	来院 6時間前より不可 お水の摂取は検査直前まで可	制限はありません	前日より 不可 (MRIのみ)
骨盤検査の方	来院 6時間前より不可 お水の摂取は検査直前まで可	来院 1時間前より不可 排尿してしまった場合には 300mlの水をお飲みください	前日より 不可 (MRIのみ)
その他の検査の方	検査に際しての制限は、何もありません		

検査料金

3割負担目安



MRI (非造影) 8,000円～11,000円

CT (非造影) 7,000円～9,000円

エコー

3,000円～5,000円

MRI (造影) 10,000円～17,000円

CT (造影) 9,000円～13,000円

X線マンモグラフィ 3,500円～4,000円

追加CD 2,200円 (税抜価格2,000円・消費税10%)



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。
来院受付の後、問診・医師による診察・着替・検査の順にご案内します

当日ご持参いただくもの	お持ちの方はご持参ください
 予約票 (本書) ご来院前に＜患者様記入欄＞を 必ずご記入ください	 お薬手帳
 保険証 ご紹介元医療機関の診察券 忘れずにご持参ください	 過去の検査結果 (採血・画像検査)

※ **ご予約のお時間に遅れる場合は、必ずお電話ください。**

ご予約のお時間を過ぎますと、次のお時間の患者様との関係上により、お時間やお日にちのご変更等をさせて頂く場合がございます。

八重洲 TEL: **03-6202-3370**

つくば TEL: **029-875-9970**

2 当日の流れ

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。また、**来院時間と検査開始時間は異なります。**

来院受付

検査説明

お支度

検査

お着替え

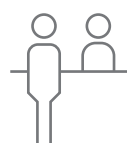
お会計



問診・禁忌事項確認



検査の内容により
検査時間は異なります



来院から検査開始まで 約30～40分

検査 約10～40分

検査後 約20～30分

ご来院からお帰りまでの所要時間 約1時間～1時間50分

