

# 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



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 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  
茨城県つくば市天久保2-1-16 筑波大学附属病院

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 来院日時をご記入いただき、

検査を受ける場所に☑を入れ、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 医師の方へ（貴院結果説明日）  
⑤ 検査機器 ⑥ 造影の有無 ⑦ 検査の禁忌事項（患者様にご確認ください）  
⑧ 検査部位 ⑨ 傷病名・紹介目的と臨床情報 ⑩ 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、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、宜しく願い致します。

### 1. 単純検査を施行する場合

- (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
- (3) 造影禁忌に該当した場合
- (4) 患者様の同意が得られなかった場合

### 2. 造影検査を施行する場合

上記1以外の場合、特に以下のような場合には、造影検査を施行します。

- (1) 腫瘍性病変が疑われ、鑑別診断、広がり診断、病期診断のために造影検査が必要な場合。
- (2) 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。
- (3) 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で腫瘤指摘の場合など）。

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

E-Mail

自宅・勤務先・その他( )

紹介状

(診療情報提供書)

八重洲

AIC八重洲クリニック

TEL 0120-786-055

FAX 03-6202-3377

つくば

AIC画像検査センター

TEL 0120-973-019

FAX 029-853-0071

MRI・CT用

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 来院日時  患者様ご自身で予約

検査を受ける場所

20 年 月 日( )

午前・午後 時 分 来院

八重洲

つくば

4 医師の方へ

検査部位: 患者様ご自身でご予約の場合、ご記載ください

貴院結果説明日: お決まりであればお教えてください

未定 / 月 日 午前 午後 時 分

5 検査機器 エコー・MMG は、MRI 又は CT と同日検査が可能です。

MRI (  3.0 T  1.5 T  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

造影有  造影無

一任 (当院医師が造影の必要性を判断します)

7 検査の禁忌事項

MRI	体内埋込型医療機器 (ペースメーカー、ICD等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は <b>検査不可</b>
	人工内耳・中耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
共通	体内金属 (脳動脈クリップなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位・いつから・素材 { }
	妊娠初期3ヶ月以内 もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は <b>原則検査不可</b>
CT MMG	体内埋込み型除細動器(全メーカー)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	撮影範囲内にある場合は <b>検査不可</b> (業者立ち合いがある場合を除く)
	<マンモグラフィの場合のみ> 豊胸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は <b>検査不可</b>

造影有 または 一任の場合

•造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 有 (MRI ガドリニウム) (造影不可)
	<input type="checkbox"/> 無 (造影可) <input type="checkbox"/> 有 (CT ヨード) (造影不可)
•気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 (造影可) <input type="checkbox"/> 有 (造影不可)
	(注) 気管支喘息ではなく、咳喘息であれば造影が出来ますので無に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください
•小児喘息の成人後発作	<input type="checkbox"/> 無 (造影可) <input type="checkbox"/> 有 (造影不可)
•腎障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
測定値: クレアチニン ( mg/dl )	検査日:
<input type="checkbox"/> eGFR30 以上 (造影可) <input type="checkbox"/> 未満 (造影不可)	
<input type="checkbox"/> 透析中 (CT 可、MRI 不可)	
•薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: )
•感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名称: )・不明

※ 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。

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 (肺・縦隔・乳房)  
注: 心臓・大血管は循環器専用依頼票をご利用下さい
- 腹部 (肝・胆・脾・腎)
- 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
- 背部 (軟部腫瘍・皮下腫瘍)
- 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: ひだり・みぎ  
(上腕・肘・前腕・大腿・下腿)
  - 関節 その他 ( )
- がん転移検索・治療効果判定
- MRI (DWIBS)  CT
- その他 ( )

9 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)

10 画像・レポートについて 画像を患者様持帰り(無料)、レポートを郵便(無料)と選択すると送料は掛かりません。

画像	<input type="checkbox"/> フィルム※八重洲のみ	送付方法 通常	<input type="checkbox"/> 宅配便(有料、追跡可)	レポート 送付方法 通常	<input type="checkbox"/> 宅配便(有料、追跡可)	FAX(無料)
	<input type="checkbox"/> CD(Viewer 付)		<input type="checkbox"/> 普通郵便(無料)		<input type="checkbox"/> 普通郵便(無料)	
	<input type="checkbox"/> CD(Viewer 無)		<input type="checkbox"/> 患者様持帰り(無料)		<input type="checkbox"/> 患者様持帰り(無料)	

※ 作成までお待たせすることになります  
予約時にお申し出ください  
※ 時間帯や曜日などにより  
対応が出来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( )

E-Mail

紹介状

八重洲

つくば

(診療情報提供書)

AIC八重洲クリニック  
TEL 0120-786-055

AIC画像検査センター  
TEL 0120-973-019

MRI・CT用

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 来院日時  患者様ご自身で予約

検査を受ける場所

20 年 月 日( )

八重洲

午前・午後 時 分 来院

つくば

4 医師の方へ

検査部位: 患者様ご自身でご予約の場合、ご記載ください

貴院結果説明日: お決まりであればお教えてください

未定 / 月 日 午前 午後 時 分

5 検査機器 エコー・MMG は、MRI 又は CT と同日検査が可能です。

MRI (  3.0 T  1.5 T  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

造影有  造影無

一任 (当院医師が造影の必要性を判断します)

7 検査の禁忌事項

MRI	体内埋込型医療機器 (ペースメーカー、ICD等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は <b>検査不可</b>
	人工内耳・中耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
共通	体内金属 (脳動脈クリップなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位・いつから・素材 { }
	妊娠初期3ヶ月以内 もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は <b>原則検査不可</b>
CT MMG	体内埋込み型除細動器(全メーカー)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	撮影範囲内にある場合は <b>検査不可</b> (業者立ち合いがある場合を除く)
	<マンモグラフィの場合のみ> 豊胸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は <b>検査不可</b>

造影有 または 一任の場合

•造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 有 (MRI ガドリニウム) (造影不可)
	<input type="checkbox"/> 無 (造影可) <input type="checkbox"/> 有 (CT ヨード) (造影不可)
•気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 (造影可) <input type="checkbox"/> 有 (造影不可)
	(注) 気管支喘息ではなく、咳喘息であれば造影が出来ますので無に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください
•小児喘息の成人後発作	<input type="checkbox"/> 無 (造影可) <input type="checkbox"/> 有 (造影不可)
•腎障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
測定値: クレアチニン ( mg/dl) 検査日:	
	<input type="checkbox"/> eGFR30 以上 (造影可) <input type="checkbox"/> 未満 (造影不可)
	<input type="checkbox"/> 透析中 (CT 可、MRI 不可)
•薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: )
•感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名称: )・不明

※ 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。

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 (肺・縦隔・乳房)  
注: 心臓・大血管は循環器専用依頼票をご利用下さい
- 腹部 (肝・胆・脾・腎)
- 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
- 背部 (軟部腫瘍・皮下腫瘍)
- 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: ひだり・みぎ  
(上腕・肘・前腕・大腿・下腿)
  - 関節 その他 ( )
- がん転移検索・治療効果判定
- MRI (DWIBS)  CT
- その他 ( )

9 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)

10 画像・レポートについて 画像を患者様持帰り(無料)、レポートを郵便(無料)と選択すると送料は掛かりません。

画像	<input type="checkbox"/> フィルム※八重洲のみ	送付方法 通常	<input type="checkbox"/> 宅配便(有料、追跡可)	レポート	送付方法 通常	<input type="checkbox"/> 宅配便(有料、追跡可)	<input type="checkbox"/> 出来次第 FAX(無料)
	<input type="checkbox"/> CD(Viewer 付)		<input type="checkbox"/> 普通郵便(無料)			<input type="checkbox"/> 普通郵便(無料)	
	<input type="checkbox"/> CD(Viewer 無)		<input type="checkbox"/> 患者様持帰り(無料)			<input type="checkbox"/> 患者様持帰り(無料)	

※ 作成までお待たせすることになります  
予約時にお申し出ください  
※ 時間帯や曜日などにより  
対応が出来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( )

E-Mail

<b>予約票</b>	<b>八重洲</b>	<b>つくば</b>
	AIC八重洲クリニック TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377	AIC画像検査センター TEL 0120-973-019 FAX 029-853-0071
<b>MRI・CT用</b>		
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 来院日時 <input type="checkbox"/> 患者様ご自身で予約	検査を受ける場所	4 医師の方へ
	20 年 月 日( )	
午前・午後 時 分 来院	<input type="checkbox"/> つくば	検査部位: 患者様ご自身でご予約の場合、ご記載ください
5 検査機器 エコー・MMG は、MRI 又は CT と同日検査が可能です。		貴院結果説明日: お決まりであればお教えください
<input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 3.0 T <input type="checkbox"/> 1.5 T <input type="checkbox"/> どちらでも可 )	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 未定 / 月 日 午前 午後 時 分
<input type="checkbox"/> エコー (八重洲のみ)	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 造影有 <input type="checkbox"/> 造影無
		<input type="checkbox"/> 一任 (当院医師が造影の必要性を判断します)

点線枠内の確認事項は、来院前に必ずご記入ください。

< 患者様記入欄 > 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、ご来院前の確認事項 ご来院前までに必ずご連絡ください。 ☎ 八重洲 03-6202-3370 ☎ つくば 0120-973-019

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りますか？ (該当する場合、MRI 検査ができません)

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 (ゴールドenリフト)

(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 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)

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  ステント  コイル  シャント  体内置き鍼  インプラント その他( )

(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？

2. MRI検査を受ける方

(1) 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。

(2) 今現在ご使用されているものはありますか？ ※検査の際は取り外していただけます。外せないものがあると検査ができない場合がございます。

義歯  磁石埋込式義歯  歯列矯正  ウィッグ  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  補聴器  ヒートテック  金属製のワイヤー入りマスク

(3) 閉所恐怖症ですか？

3. 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。

(2) 気管支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？ (肝炎・HIV・梅毒など)

(5) 現在、授乳中ですか？

(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？

上記の内容に相違ないことを確認しご署名ください。未成年者の方は保護者様のご署名が必要です。保護者氏名 Guardian's Name 続柄 relationship

フリガナ 氏名 Name 男 / 女 MALE / FEMALE 生年月日 Date of birth 明・大 昭・平 (y) (m) (d) 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。 ③ 患者様持参用(検査当日持参用) 202111

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

腹部検査の方	骨盤検査の方	その他の検査の方
<b>食事</b>  来院 <b>6時間前</b> より不可 お水の摂取は検査直前まで可	<b>食事</b>  来院 <b>6時間前</b> より不可 お水の摂取は検査直前まで可	造影なし ..... 造影あり ..... 造影なし ..... 造影あり
<b>排尿</b>  制限はありません	<b>排尿</b>  来院 <b>1時間前</b> 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	
<b>鉄サプリメント・鉄剤</b>  <b>前日</b> より不可(MRIのみ)	<b>鉄サプリメント・鉄剤</b>  <b>前日</b> より不可(MRIのみ)	<b>食事</b>  来院 <b>4時間前</b> より不可 お水の摂取は検査直前まで可

**検査料金** 3割負担目安

 MRI(非造影) 8,000円～10,000円	CT(非造影) 6,000円～8,000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～12,000円	X線マンモグラフィ 4,000円～5,000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。

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

**※ 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

