

① 貴院カルテ番号

フリガナ

氏 名

生年月日

性別

大・昭・平・令 年 月 日 才 男・女

住所

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL 携帯・自宅・勤務先

③ 検査内容

☐ MRI

☐ C T

予約専用ダイヤル 0120-343-823

FAX: 03-3917-2848

診療情報提供書 (兼 検査依頼票)

健診会東京メディカルクリニック

当院カルテNo.

年 月 日

② 紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号

診療科

ご担当医師名

⑤ 造影 ☐ 無 ☐ 有 (Cr値: [mg/dL] eGFR) 採血日 年 月 日

※Cr値1.5以上の場合、またはeGFR35以下の場合には造影不可 ※同意書は、本依頼票の3ページ目にありますご説明とご署名をお願いします。

⑥ 画像媒体

☐ フィルム ☐ CD

⑦ 画像提供

☐ 患者様渡し ☐ 結果と一緒に郵送

⑧ ☐ 頭部ルーチン	☐ 頸部ルーチン	☐ 胸部ルーチン	☐ 腹部ルーチン	☐ 骨盤ルーチン	整 形 部 位	
副 鼻 腔	甲 状 腺	乳腺(造影必須)	M R C P	前 立 腺	頸 椎	肩関節(左・右)
眼 窩	唾 液 腺	M R A	M R A	膀 胱	胸 椎	股関節(左・右)
下 垂 体	M R A	C O P D 測定	EOB(造影必須)	子 宮 ・ 卵 巢	腰 椎	膝関節(左・右)
M R A	CTA(造影必須)	冠 動 脈	内臓脂肪測定	精 巢	全 脊 椎	足関節(左・右)
V S R A D		心 臓			手関節(左・右)	下 肢 M R A
CTA(造影必須)		CTA(造影必須)			肘関節(左・右)	下 肢 C T A

⑨ 疾病名

紹介目的・既往歴及び・病状経過及び検査結果など詳しくご記入下さいます様、宜しくお願い致します。

・感染症 有・無 (病名:)

体重 _____ kg

⑩ 下記事項のチェックをお願いいたします。

MRI	● 体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・消化管クリップ)等 具体的に[]	有 ・ 無	有の場合、MRI対応のものでも検査ができない場合があります。3ページ目裏面の当院MRI検査注意事項をご確認ください。
	● 刺青・アートメイク	有 ・ 無	有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。
	● 装飾品・補聴器・入れ歯	有 ・ 無	原則、検査中は外していただきます。
	● 妊娠初期(16週以内)もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無	有の場合、原則検査不可。
CT	● 植込み型ペースメーカー、植込み型除細動器	有 ・ 無	撮影範囲によっては検査ができない場合があります。
	● 妊娠もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無	有の場合、原則検査不可。
造影検査	● 糖尿病の薬を服用(薬名)	有 ・ 無	CTの造影検査を受診される方で、ビグアナイド系糖尿病薬服用の場合は検査日の前後2日間ずつ(検査日を含め5日間)の服用は禁止。
	● 造影剤アレルギーの既往	有 ・ 無	有の場合、原則造影検査禁忌。
	● ぜん息・小児ぜん息の既往	有 ・ 無	有の場合、原則造影禁忌 →お電話ください。

*検査当日の問診時に当院における禁忌事項に該当した場合には、検査を中止します。

① 貴院カルテ番号

フリガナ

氏 名

生年月日

性別

大・昭・平・令

年

月

日

才

男・女

住所

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 (兼 検査依頼票)

健診会東京メディカルクリニック

当院カルテNo.

年

月

日

② 紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号

診療科

ご担当医師名

㊞

③ 検査内容

☐ MRI

☐ C T

予約専用ダイヤル 0120-343-823

FAX: 03-3917-2848

④ 予約日時

月

日

曜日

午前

午後

時

分

より

次の診察日

月

日

(

午前

午後

)

⑤ 造影 ☐無 ☐有 (Cr値: [mg/dL] eGFR) 採血日 年 月 日

※Cr値1.5以上の場合、またはeGFR35以下の場合には造影不可

⑥ 画像媒体

☐ フィルム ☐ CD

⑦ 画像提供

☐ 患者様渡し ☐ 結果と一緒に郵送

⑧ ☐ 頭部ルーチン	☐ 頸部ルーチン	☐ 胸部ルーチン	☐ 腹部ルーチン	☐ 骨盤ルーチン	整 形 部 位		
副 鼻 腔	甲 状 腺	乳腺(造影必須)	M R C P	前 立 腺	頸 椎	肩関節(左・右)	
眼 窩	唾 液 腺	M R A	M R A	膀 胱	胸 椎	股関節(左・右)	
下 垂 体	M R A	C O P D 測定	EOB(造影必須)	子 宮 ・ 卵 巢	腰 椎	膝関節(左・右)	
M R A	CTA(造影必須)	冠 動 脈	内臓脂肪測定	精 巢	全 脊 椎	足関節(左・右)	
V S R A D		心 臓			手関節(左・右)	下 肢 M R A	
CTA(造影必須)		CTA(造影必須)			肘関節(左・右)	下 肢 C T A	

⑨ 疾病名

紹介目的・既往歴及び・病状経過及び検査結果など詳しくご記入下さいます様、宜しくお願い致します。

・感染症 有・無 (病名:)

体重 _____ kg

⑩ 下記事項のチェックをお願いいたします。

MRI	● 体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・消化管クリップ)等 具体的に[]	有 ・ 無	有の場合、MRI対応のものでも検査ができない場合があります。3ページ目裏面の当院MRI検査注意事項をご確認ください。
	● 刺青・アートメイク	有 ・ 無	有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。
	● 装飾品・補聴器・入れ歯	有 ・ 無	原則、検査中は外していただきます。
	● 妊娠初期(16週以内)もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無	有の場合、原則検査不可。
CT	● 植込み型ペースメーカー、植込み型除細動器	有 ・ 無	撮影範囲によっては検査ができない場合があります。
	● 妊娠もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無	有の場合、原則検査不可。
造影検査	● 糖尿病の薬を服用(薬名)	有 ・ 無	CTの造影検査を受診される方で、ビグアナイド系糖尿病薬服用の場合は検査日の前後2日間ずつ(検査日を含め5日間)の服用は禁止。
	● 造影剤アレルギーの既往	有 ・ 無	有の場合、原則造影検査禁忌。
	● ぜん息・小児ぜん息の既往	有 ・ 無	有の場合、原則造影禁忌 →お電話ください。

*検査当日の問診時に当院における禁忌事項に該当した場合には、検査を中止します。

当院記入欄	造影剤:	注射薬:	装置:	フィルム枚数	技師:
				枚	

① 貴院カルテ番号
フリガナ
氏名
生年月日
大・昭・平・令 年 月 日 才 性別 男・女
住所
連絡先(日中連絡がとれる電話番号)
TEL 携帯・自宅・勤務先

造影検査同意書

当院カルテNo. 年 月 日

② 紹介元医療機関名の所在地及び名称
電話番号
診療科
ご担当医師名

③ 検査内容
MRI
CT
予約専用ダイヤル 0120-343-823
FAX: 03-3917-2848

④ 予約日時
月 日 曜日 午前 午後 時 分より
予約時間の20分前にご来院下さい。
次の診察日 月 日 (午前 午後)

●造影検査の副作用について
造影剤とは、診断にあたって情報量を増やす為に画像にコントラストをつける検査薬です。通常、静脈内に投与し、血液を介して臓器に分布します。腎機能が正常であれば、注射後6時間で90%が腎臓から尿として排泄され、やがて全てが体外に排出されます。造影剤を用いる事により、あなたの病気の状態がより明確になり、今後の治療に役立ちます。このお薬はまれに副作用が起こる事もあります。

① 軽い副作用 吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。 MRI=1% CT=5%

② 重い副作用 呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。通常は治療を要し、入院や手術が必要な事もあります。また、後遺症が残る可能性もあります。 MRI=0.05% CT=0.1%

③ 非常にまれですが、症状・体質によっては死亡する場合があります。 MRI=0.0001% CT=0.0005%

●造影検査に伴う合併症について
造影剤は一般的に腕の静脈から注入しますが、静脈の近くには神経や動脈が走行していますので、針を穿刺する際に、神経損傷や動脈への穿刺が起こることがあります。万が一、穿刺の際に激しい痛みなどある場合は当院スタッフにお声がけ下さい。

問診票

① 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？
☐ 無 ☐ 有 (☐ MRI検査 ☐ CT検査 ☐ その他 その時の副作用 ☐ 無 ☐ 有)

② バセドウ病・骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー・褐色細胞腫等の治療を受けたことがありますか？
☐ 無 ☐ 有 (疾病:)

③ 飲み薬・注射・その他でアレルギーはありますか？
☐ 無 ☐ 有 (内容:)

④ 糖尿病の薬を服用していますか？※CTではビグアナイド系糖尿病薬は検査の前後2日間、合計5日間服薬中止が必要です
☐ 無 ☐ 有 (薬剤名:)

⑤ 心臓病の薬を服用していますか？
☐ 無 ☐ 有 (薬剤名:)

⑥ 気管支喘息を指摘されたり、治療をしたことがありますか？
(13歳以降発症の気管支喘息の既往がある場合、当院では造影検査が行えません)
☐ 無 ☐ 有 ☐ 現在治療中

⑦ 腎臓の病気・機能不全と言われたことがありますか？
☐ 無 ☐ 有 (内容:)

※問診内容によっては、当院では造影検査が行えない場合があります。 ※現在服用している薬がある方は、お薬手帳をご持参下さい。

患者様記入

造影剤の説明を受け納得致しましたので、造影検査を受ける事に

☐ 同意します

☐ 同意しません

承諾日 年 月 日

患者様氏名または代理人(続柄) 署名

未成年患者様の親権者(続柄) 署名

※当院では15歳以下の方の造影検査はお断りいたしております。

ご依頼医師記入

私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意・拒否を確認致しました。

確認日 年 月 日 医師署名欄

当院におけるMRI検査注意事項

検査不可	植込み型ペースメーカー・ 植込み型除細動器(MRI対応含む)	材質に関係なく検査不可 (現状、条件付きMRI対応デバイス患者様への MRI検査の施設基準を当院では満たせないため)
	人工内耳・中耳(MRI対応含む)	
	チタン製以外の 脳動脈クリップや頭蓋骨固定	
	体内埋込式インスリンポンプ・ 持続血糖測定器(センサー含む)	
	磁石式人工肛門	
	植込み型心電用データレコーダ	
	神経刺激システム(MRI対応含む)	
	美容整形術で顔面に金属糸等を 埋め込んでいる方	
	乳房再建用 エキスパンダー	
	外傷などにより目など決定臓器に位置 する材質不明の体内金属のある方	
条件付きで 基本的に1.5Tで 検査可能 ※検査部位に近い場合は、 画像に影響がでることが あります。ご相談ください。	冠動脈ステント・大動脈ステント (MRI対応含む)	血管内ステントを3ヶ月以内に留置した方は不可
	膵管・胆管・大腸ステント	MRI対応なら検査可
	脳動脈ステント	MRI対応なら検査可
	心臓人工弁	1970年以前の製品は不可
	消化器(胃と大腸)のクリップ (MRI対応含む)	消化管クリップを1ヶ月以内に留置した方は原則不可 ※MRI対応のものも存在するが検査時の素材確認が困難なため
	避妊リング	MRI対応なら検査可
	シャントバルブ留置	検査直後に専門医による圧確認実施できないと検査不可 ※当院では圧確認は行えません
	インプラント(磁石式の入れ歯)	取り外して検査可 検査前に同意書の記入を要する
	緑内障フィルトレーションデバイス (アルコン TM エクスプレス TM)	デバイスを2週間以内に挿入した方は不可
	入れ墨・タトゥー	検査前に同意書の記入を要する
	妊婦	妊娠の可能性または妊娠16週未満で検査不可
検査可能 ※検査部位に近い場合は、 画像に影響がでることが あります。ご相談ください。	整形外科的金属(チタン製)	検査可 (古いものは発熱の可能性があり 万が一熱感など生じた場合は検査中止)
	胸骨ワイヤー	
	金歯・銀歯・矯正 その他着脱不可の歯科インプラント	
その他	治療用置き針・巻き爪ワイヤー	原則取り外して検査可
	ストーマ、尿道留置カテーテル	接続部が金属のものは取り外せば検査可
	カラーコンタクト(ディファイン含む)、金属を含んだ装飾品 (ネイル・つけまつ毛 など)、ピアス、プレスレット、補聴器など	取り外して検査可
	増毛パウダー (スーパーミリオンヘアーなど)	検査日に塗布がなければ検査可
	薬剤浸透性絆創膏(ニトロダーム等) 体外センサー、湿布など	検査前にはがしてもらい 必要あれば新しいものを用意してもらい ※当院にて新しいものを用意することはできません
	義眼	磁力で付着する義眼は不可 金属性以外の場合は取り外して検査可

検査当日の問診時に上記の検査不可事項が判明した場合には、検査を中止いたします。あらかじめご了承ください。

2022年4月時点での注意事項になります。上記事項は予告なく変更になる可能性もあります。

最新の注意事項は当院ホームページにて掲載しておりますのでご確認ください。

その他ご不明な点ございましたら下記までお問合せ下さい。



① 貴院カルテ番号
フリガナ
氏名
生年月日
大・昭・平・令 年 月 日 才 性別 男・女
住所
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 (兼 検査依頼票)

健診会東京メディカルクリニック

当院カルテNo. 年 月 日

② 紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号

診療科

ご担当医師名 印

③ 検査内容

☐ MRI

☐ C T

予約専用ダイヤル 0120-343-823
FAX: 03-3917-2848

④ 予約日時

月 日 曜日 午前 午後 時 分より

予約時間の20分前にご来院下さい。

次の診察日 月 日 (午前 午後)

⑤ 造影 ☐ 無 ☐ 有 (Cr値: [mg/dL] eGFR) 採血日 年 月 日

※Cr値が1.5以上の場合は造影不可 ※患者様ご自身から検査の予約をする場合は、②・③・④・⑤・⑧の項目についてお知らせ下さい。検査予約番号: 0120-343-823

⑥ 画像媒体

☐ フィルム ☐ CD

⑦ 画像提供

☐ 患者様渡し ☐ 結果と一緒に郵送

⑧ ☐ 頭部ルーチン	☐ 頸部ルーチン	☐ 胸部ルーチン	☐ 腹部ルーチン	☐ 骨盤ルーチン	整 形 部 位		
副 鼻 腔	甲 状 腺	乳 腺 (造影必須)	M R C P	前 立 腺	頸 椎	肩関節(左・右)	
眼 窩	唾 液 腺	M R A	M R A	膀 胱	胸 椎	股関節(左・右)	
下 垂 体	M R A	C O P D 測 定	EOB (造影必須)	子 宮 ・ 卵 巢	腰 椎	膝関節(左・右)	
M R A	CTA (造影必須)	冠 動 脈	内臓脂肪測定	精 巢	全 脊 椎	足関節(左・右)	
V S R A D		心 臓			手関節(左・右)	下 肢 M R A	
CTA (造影必須)		CTA (造影必須)			肘関節(左・右)	下 肢 C T A	

① 飲食の制限について

※ 飲水に制限はありませんので適度に水・お茶などで水分補給をしたうえでご来院ください。

● 腹部の検査を受ける方

● 造影検査を受ける方

検査4時間前から食事制限

腹部の検査の場合、食事直後は腸管に胆汁が流れてしまい評価が行えなくなるため、検査を行わない可能性があります。
造影検査の場合、食事をした直後に万が一副作用などがあった場合危険なため、検査を行わない可能性があります。
以上の、制限を行っていない場合、検査日や時間の変更が必要になることがあります。

服薬(内服)している薬がある方は、いつものお時間に飲んでいただいてもかまいませんが、糖尿病薬については食事制限の間は服薬を止めてください。
CTで造影検査を受診される方で、ビグアナイド系の薬を服用(内服)している場合は、検査の前後2日間の服薬を中止していただく必要がありますので、主治医にご相談ください。

② その他の注意事項

● 検査前に着替えなど準備に時間がかかりますので、予約時間の 20分前 にはご来院下さい。

● 保険証 と 医療証、医療券 はあれば必ずお持ちください。

● 交通事故の方は当院で検査を受けることを事前に保険会社へ連絡をお願いします。

● 労災、通災の方は6号用紙・16-4号用紙をお持ち下さい。
(用紙持参のない場合は一旦自費でご負担いただきます)

● 造影検査の方は服薬の確認があるため、お薬手帳をお持ち下さい。

● お支払いにはクレジットカード、ID、交通系ICの利用が可能です。

③ 検査料金	3割	1割		3割	1割
M R I	約8,500円	約3,000円	造影MRI	約15,500円	約5,500円
C T	約7,500円	約2,500円	造影CT	約12,500円	約4,500円
エコー	約4,500円	約1,500円	マンモグラフィ	約 4,000円	約1,500円

画像と結果は郵送の場合、別途送料として500円頂戴します。

ご案内地図

予約時間に遅れる場合は必ずお電話下さい。
検査内容によっては、当日検査が行えなくなることもあります。

検査依頼票(茶封筒)を必ずお持ち下さい。
お忘れの場合は検査が出来ません。



ナビ検索 の注意点

住所： 東京都北区滝野川6-14-8

電話番号で検索しますと他の医療機関が案内されることがありますので
必ず住所検索で検索して下さい。

健診会 東京メディカルクリニック

TEL:0120-343-823

【電車でお越しの方】

- 板橋駅 (JR埼京線) ... 東口徒歩約10分
- 西巣鴨駅 (都営三田線) ... A3出口徒歩約10分
- 庚申塚駅 (都電荒川線) ... 徒歩約15分

【バスでお越しの方】

- 王子駅中央口・北口より乗車 都営バス(王40・55)(草64)乗車
(池袋駅東口行)
- 堀割バス停下車 ... 徒歩約5分

駐車場の完備はございません。
できるだけ公共交通機関をご利用下さい。

検査時間

開院時間 平日 8:00~20:00 土・日 8:00~17:00 祝日休診