

# DN画像診断クリニック

## 紹介状・予約票



予約専用電話番号

**03-6823-7680**

受付時間：月・火・水・土  
木・金

9:00-18:00  
9:00-19:40



FAX番号

**03-6721-5948**

受付時間：24時間365日



診療時間

月・火・水・土 9:00-18:00  
木・金 9:00-21:00

(日/祝は休診、月～水夜間は順次対応予定)

### ご予約方法

#### Web

- ①Web予約システムにログイン
- ②画面の案内に従い、ご希望の検査内容や検査日を入力
- ③画面の案内に従い、「紹介状」を作成  
※紹介状は、紙に記入し、FAX頂くことも可能です。
- ④「予約票」を印刷し、患者様にお渡し頂き、患者様ご自身で赤枠部分を記入のうえ、検査当日ご持参頂くようお願いください。

#### 電話

- ①03-6823-7680にお電話ください。
- ②お電話口で、ご希望の検査内容や検査日をお伝えください。
- ③予約確定後、本紙1枚目の「紹介状」の①～⑥の項目をご記入下さい。  
※①～⑥の項目は、3枚目「予約票」に複写されます。
- ④ご記入後、3枚目「予約票」を患者様にお渡し頂き、患者様ご自身で赤枠部分を記入のうえ、検査当日ご持参頂くようお願いください。
- ⑤1枚目「紹介状」の⑦～⑪の項目を記入の上、FAXにて当院までお送りください。患者様のご持参は不要です。

## 紹介状

①患者様情報	
フリガナ	性別
氏名	様 (男・女)
生年月日	年 月 日
連絡先 (日中連絡がとれる電話番号)	
TEL	-

②紹介元医療機関名	
(名称)	
(住所)	
(診療科)	
(ご担当医師名)	
(TEL)	

③来院日時	
20 年 月 日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
時	分

④予約ID (数字4桁)

⑤検査機器	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 一般撮影
	<input type="checkbox"/> MMG		

⑥造影有無 造影の場合は検査値を記入下さい	<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)	
	(Cr値 mg/dl、eGFR値)	
	Cr値が2.0mg/dl以上の場合には造影不可	
	採血日: 20 年 月 日 (目安は1か月以内)	
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	CT造影有の場合、検査前後2日間は休薬下さい	

⑦禁忌事項		
共通	妊娠中もしくは妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有だとCT不可。MRIは要相談
	体内埋め込み型除細動器(ICD)、心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有だとMR不可。CTは要相談
	ホルター心電図、持続血糖値測定器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、要相談
MRI	その他の体内金属 (人工内耳・脳動脈クリップ・可変式シャントバルブ・人工関節(部位: )) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、要相談
	入れ墨・アートメイク、増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、要相談
MMG	豊胸術後 (ヒアルロン酸・脂肪注入は検査可能) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、検査不可

⑧造影剤投与に係る確認	
造影剤有、または一任の場合は以下をチェック下さい	
造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無
気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無
褐色細胞腫の既往歴	<input type="checkbox"/> 無
甲状腺機能亢進症 現在の治療:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI可、CT不可)
検査日:	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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ください	
薬剤アレルギー歴	<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

⑨依頼内容	
<input type="checkbox"/> にチェックを入れたうえで、()内に○をつけて下さい	
<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・眼窩・中内耳・副鼻腔)	
<input type="checkbox"/> 頸部 (咽頭喉頭・唾液腺・下顎・甲状腺・頸動脈)	
<input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔・乳房)	
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・副腎・MRCP)	
<input type="checkbox"/> 骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)	
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	
<input type="checkbox"/> 関節・四肢・骨 (左側・右側・両側)	
(肩・上腕・肘・前腕・手 股・大腿・膝・下腿・足)	
その他 ( )	
その他	<input type="checkbox"/> DWIBS (全身拡散強調画像) ※単体予約のみ
	<input type="checkbox"/> 軟部腫瘍/皮下腫瘍(部位: )
	<input type="checkbox"/> 血管 (頸動脈・大動脈・腎動脈・その他 ( ))
※心臓・冠動脈の撮影は実施していません	

⑩傷病名・紹介目的と臨床情報	
傷病名	
検査目的	
既往歴・臨床経過・現在の処方・備考	
(身長 cm、体重 kg)	
※造影検査希望の場合は必ず記載をお願いします	

## 紹介状

## ①患者様情報

フリガナ	性別
氏名	様 (男・女)
生年月日	年 月 日
連絡先 (日中連絡がとれる電話番号)	
TEL	-

## ②紹介元医療機関名

(名称)
(住所)
(診療科)
(ご担当医師名)
(TEL)

## ③来院日時

20	年	月	日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 午前	時	分	<input type="checkbox"/> 午後
----	---	---	--------	-----------------------------	---	---	-----------------------------

## ④予約ID (数字4桁)

⑤検査機器	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 一般撮影
	<input type="checkbox"/> MMG		

⑥造影有無	<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)	
	(Cr値 mg/dl、eGFR値)	
	Cr値が2.0mg/dl以上の場合には造影不可	
造影の場合は検査値を記入下さい	採血日: 20	年 月 日 (目安は1か月以内)
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	CT造影有の場合、検査前後2日間は休薬下さい	

## ⑦禁忌事項

共通	妊娠中もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有だとCT不可。MRIは要相談
	体内埋め込み型除細動器(ICD)、心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有だとMR不可。CTは要相談
	ホルター心電図、持続血糖値測定器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、要相談
MRI	その他の体内金属 (人工内耳・脳動脈クリップ・可変式シャントバルブ・人工関節(部位: ))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、要相談
	入れ墨・アートメイク、増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、要相談
MMG	豊胸術後 (ヒアルロン酸・脂肪注入は検査可能)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、検査不可

## ⑧造影剤投与に係る確認

造影剤有、または一任の場合は以下をチェック下さい		
造影剤副作用歴 <input type="checkbox"/> 無		
気管支喘息 <input type="checkbox"/> 無		
褐色細胞腫の既往歴 <input type="checkbox"/> 無		
甲状腺機能亢進症 現在の治療: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI可、CT不可)		
検査日: 20	年 月 日	<input type="checkbox"/> 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ください		
薬剤アレルギー歴 <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	

## ⑨依頼内容

にチェックを入れたうえで、()内に○をつけて下さい

<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・眼窩・中内耳・副鼻腔)	
<input type="checkbox"/> 頸部 (咽頭喉頭・唾液腺・下顎・甲状腺・頸動脈)	
<input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔・乳房)	
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・副腎・MRCP)	
<input type="checkbox"/> 骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)	
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	
<input type="checkbox"/> 関節・四肢・骨 (左側・右側・両側)	
(肩・上腕・肘・前腕・手 股・大腿・膝・下腿・足)	
その他 ( )	
その他	<input type="checkbox"/> DWIBS (全身拡散強調画像) ※単体予約のみ
	<input type="checkbox"/> 軟部腫瘍/皮下腫瘍(部位: )
	<input type="checkbox"/> 血管 (頸動脈・大動脈・腎動脈・その他 ( ))
※心臓・冠動脈の撮影は実施していません	

## ⑩傷病名・紹介目的と臨床情報

傷病名
検査目的
既往歴・臨床経過・現在の処方・備考
(身長 cm、体重 kg)
※造影検査希望の場合は必ず記載をお願いします

## 予約票

<b>①患者様情報</b>		<b>②紹介元医療機関名</b>	
フリガナ	性別	(名称)	
氏名	様 (男・女)	(住所)	
生年月日	年 月 日	(診療科)	
連絡先 (日中連絡がとれる電話番号)		(ご担当医師名)	
TEL	-	(TEL)	
<b>③来院日時</b>		<b>④予約ID (数字4桁)</b>	
20	年 月 日 (曜日)		
	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
<b>⑤検査機器</b>	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> MMG	<b>⑥造影有無</b>	<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)

《患者様記入欄》 **赤枠内の項目は、来院前に必ずご記入ください**

以下の質問にて「はい」が1つでもある場合、検査を受けることができないことがあります。

ご来院前に必ず主治医にご確認ください。

ご不明点がある場合は、ご来院前までに当クリニックにご連絡ください。DN画像診断クリニック東京 03-6823-7680

## 全ての検査を受ける方

- |   |   |
|---|---|
| 1. 妊娠中ですか、またはその可能性がありますか？                 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  |
| 2. 体内埋め込み型除細動器(ICD)または心臓ペースメーカーを装着していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  |
| 3. ホルター心電図または持続血糖値測定器を装着していますか？           | <input type="checkbox"/> 装着無 <input type="checkbox"/> 装着有 |
| ↳ (装着有と回答した方) ご自身で取り外し出来ない場合には、検査は受けられません |   |

## MRIの検査を受ける方

- |  |  |
|--|--|
| 4. 下記の金属が体内にある方はMRI検査を受けることができません。該当するものはありますか？<br><input type="checkbox"/> 人口内耳/中耳 <input type="checkbox"/> 脳脊髄刺激電極 <input type="checkbox"/> 磁石式人工肛門<br><input type="checkbox"/> 体内埋め込み型インスリンポンプ <input type="checkbox"/> 取り外せない金属製の義眼 <input type="checkbox"/> 金の糸 (美容糸)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) 事前にご連絡ください  | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 5. 上記以外の体内金属や取り外せない金属はありますか？<br><input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 体内クリップ <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバルブ <input type="checkbox"/> 体内置き鍼<br><input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具 (製品名称: ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )                            | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 体内金属の場所 ( ) 体内に入った時期 ( 年 月頃)   |  |
| 6. 下記をつけたままMRI検査を受けることはできません。検査の際に取り外せないものはありますか？<br><input type="checkbox"/> 義歯(含マグネット) <input type="checkbox"/> 義手・義足 <input type="checkbox"/> カラーコンタクト(含サークルレンズ) <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 湿布・カイロ<br><input type="checkbox"/> アクセサリー類 <input type="checkbox"/> 保温下着 <input type="checkbox"/> 貼るタイプ置き鍼 <input type="checkbox"/> ウィッグ<br>※義歯/コンタクトについては必要に応じケースをご持参ください | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 7. 入れ墨・アートメイク・ジェルネイル・マグネットネイル・増毛用パウダー (鉄粉を含む場合がある為) をしていますか？<br>※撮影部位に近い場所にある場合には、検査ができない場合があります。<br>材質によって火傷・変色する場合がございます。  | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 8. 閉所恐怖症ですか？   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |

今回の検査結果 (撮影された医療用画像データを含む) を、当院が紹介元医療機関に提供することに同意します。  
上記の内容に相違ないことを確認しご署名ください。

氏名	日付	年	月	日
(未成年者の場合の保護者氏名: )				
今回撮影した画像データを学術利用等させていただく場合がございます。 その際は個人情報は一切排除した上で行いますので、ご理解のほどよろしくお願い致します。	<input type="checkbox"/> 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、事前に保険会社への連絡をお願いいたします。お仕事・通勤中のお怪我の方は、当院用の労災用紙を提出頂くまでは自費診療となります。

# 検査当日のご案内

## ご予約時間と変更、遅れる場合の注意事項

- ・予約票に記載された来院時間にお越しください。
- ・ご予約の変更や予約時間に間に合わない場合は、お早めにDN画像診断クリニックにご連絡ください。

電話番号 **03-6823-7680**

月～土：9時～18時

※予約時間に遅れると、当日検査ができない場合がありますのでご注意ください。

## 当日ご持参いただくもの

1. 保険証・公費受給者証（該当ある方）
2. 本紙（予約票）
3. お薬手帳（お持ちの方はご持参ください）

## 検査料金（3割負担の方の検査費用目安）

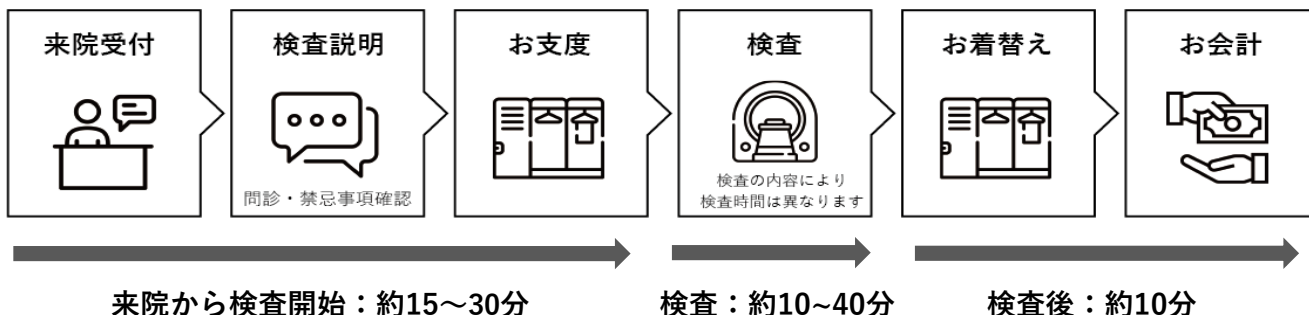
現金、キャッシュレス会計いずれにも対応しております。

MRI	造影なし	8,000~11,000円
	造影あり	10,000~15,000円
CT	造影なし	6,000~8,000円
	造影あり	9,000~16,000円
MMG		2,000~3,000円
エックス線		1,000~3,000円
追加CD		2,000円（税別）

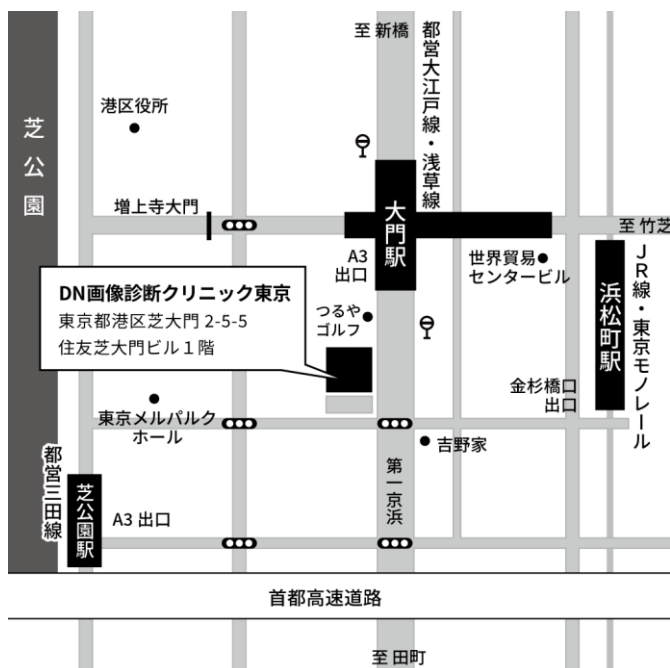
## 検査前の飲食について

- 造影検査またはMRCPの検査を受ける方：検査前2時間は絶食 ※左記検査以外の方は飲食可能です

## 当日の流れ



## アクセスご案内



## DN画像診断クリニック東京

### 【電車】

- JR/東京モノレール 「浜松町駅」  
金杉橋口出口より徒歩5分
- 都営地下鉄 「大門駅」  
A3出口より徒歩3分
- 都営三田線 「芝公園駅」  
A3出口より徒歩6分

### 【バス】

- 都営バス 都06「大門駅前」  
渋谷駅前行き徒歩1分、新橋駅前行き徒歩5分

【車・自転車】※提携駐車場・駐輪場はございません。

### 近隣のコインパーキング

- ①タイムズ日本生命  
浜松町クリアタワー（94台・徒歩2分・30分400円）  
東京都港区浜松町2丁目3
- ②リパーク芝大門2丁目第4（2台・徒歩1分・15分400円）  
（7時-20時）  
東京都港区芝大門2丁目4-7
- ③コインパーク芝大門（6台・徒歩1分・25分400円）  
（7時-20時）  
東京都港区芝大門2丁目7-13
- ④タイムズ芝大門第4（2台・徒歩2分・15分330円）  
（8時-22時）  
東京都港区大門2丁目9