

DN画像診断クリニック

紹介状・予約票



電話番号

03-6823-7670

受付時間：月・火・水・土
木・金

9:00-18:00
9:00-20:00



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
- 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

- ①03-6823-7670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⑦～⑩の項目を記入の上、患者様にお渡しし、検査当日ご持参頂くようお願いください

※紹介状を当日持参されない時は、検査を延期させていただく場合があります

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		

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

⑥造影有無

造影の場合は検査値等を記入下さい

<input type="checkbox"/> 造影有	<input type="checkbox"/> 造影無	<input type="checkbox"/> 当院に一任
※造影有、当院に一任の場合は下記の3つのうち1つに☑をお願いします		
<input type="checkbox"/> Cr値測定済⇒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)	
<input type="checkbox"/> (検査日までに)Cr値測定予定	採血予定日: 20 年 月 日	
<input type="checkbox"/> (DN画像診断クリニックにて)検査当日Cr値を測定	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、検査日を挟んで前後2日間は休薬下さい	

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

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		

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

⑥造影有無

造影の場合は検査値等を記入下さい

<input type="checkbox"/> 造影有	<input type="checkbox"/> 造影無	<input type="checkbox"/> 当院に一任
------------------------------	------------------------------	--------------------------------

※造影有、当院に一任の場合は下記の3つのうち1つに☑をお願いします

<input type="checkbox"/> Cr値測定済⇒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)
<input type="checkbox"/> (検査日までに)Cr値測定予定
採血予定日: 20 年 月 日
<input type="checkbox"/> (DN画像診断クリニックにて)検査当日Cr値を測定
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、検査日を挟んで前後2日間は休薬下さい

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 無気管支喘息 無褐色細胞腫の既往歴 無甲状腺機能亢進症 現在の治療: 無 有 (MRI可、CT不可)検査日: 20 年 月 日 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 無 有 (薬剤名:)感染症 無 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

DWIBS (全身拡散強調画像) ※単体予約のみ軟部腫瘍/皮下腫瘍(部位:)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

①患者様情報		②紹介元医療機関名	
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)	
③来院日時		④予約ID (数字4桁)	
20	年 月 日 (曜日)		
	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
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	<input type="checkbox"/> 造影有 <input type="checkbox"/> 造影無 <input type="checkbox"/> 当院に一任 造影有無

《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 03-6823-7670

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？
<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
<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)
<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？
<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
<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具 (製品名称:)
体内金属の場所 () 体内に入った時期 (年 月頃) | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 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？
<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
<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
※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？
※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。
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下さい。
- ・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 **03-6823-7670**

※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。

受付時間；月・火・水・土：9時～18時、木・金：9時～20時

当日ご持参いただくもの

1. 保険証（マイナ保険証）・公費受給者証（該当ある方）
2. 本紙（予約票）
3. 本紙（紹介状 DN画像診断クリニック提出用）
4. 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4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4分
- 都営地下鉄 「大門駅」
A3出口より徒歩2分
- 都営三田線 「芝公園駅」
A3出口より徒歩5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