

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
9:00-20:45



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		②紹介元医療機関名	
フリガナ性別		(名称) (住所) (診療科) (ご担当医師名) (TEL)	
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 - -			
③来院日時		④予約ID (数字4桁)	
20 年 月 日 (曜日) ☐ 午前 ☐ 午後 時 分			
⑤検査機器	☐ MRI ☐ CT ☐ 一般撮影 ☐ MMG	⑥造影有無 造影の場合は検査値等を記入下さい ☐ 造影有 ☐ 造影無 ☐ 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 ☐ 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) ☐ (検査日までに)Cr値測定予定 採血予定日：20 年 月 日 ☐ (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 ☐ 無 ☐ 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	
⑦禁忌事項			
共通 妊娠中もしくは妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有 有の場合、要相談		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	
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：)) ☐ 無 ☐ 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) ☐ 無 ☐ 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) ☐ 無 ☐ 有 有の場合、検査不可		
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 ☐ 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・眼窩・中内耳・副鼻腔) ☐ 頸部 (咽頭喉頭・唾液腺・下顎・甲状腺・頸動脈) ☐ 胸部 (肺・縦隔・乳房) ☐ 腹部 (肝・胆・膵・腎・副腎・MRCP) ☐ 骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺) ☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) ☐ 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			

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）

☐午前
☐午後

時 分

④予約ID（数字4桁）

⑤検査機器

☐MRI☐CT☐一般撮影
☐MMG

⑦禁忌事項

共通

妊娠中もしくは妊娠の可能性☐無☐有

有だとCT不可。MRIは要相談

共通

体内埋め込み型除細動器(ICD)、心臓ペースメーカー☐無☐有

有だとMR不可。CTは要相談

MRI

ホルター心電図、持続血糖値測定器☐無☐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：)）☐無☐有

有の場合、要相談

MRI

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)☐無☐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）☐無☐有

有の場合、検査不可

⑥造影有無

☐造影有☐造影無☐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

☐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）

☐（検査日までに）Cr値測定予定
採血予定日：20年 月 日

☐（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☐無☐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

☐頭部（脳・脳動脈・下垂体・眼窩・中内耳・副鼻腔）

☐頸部（咽頭喉頭・唾液腺・下顎・甲状腺・頸動脈）

☐胸部（肺・縦隔・乳房）

☐腹部（肝・胆・膵・腎・副腎・MRCP）

☐骨盤部（子宮・卵巣・膀胱・前立腺）

☐脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎）

☐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) (住所) (診療科) (ご担当医師名) (TEL)	
氏名 生年月日 年 月 日 連絡先 (日中連絡がとれる電話番号) TEL - -			
③来院日時		④予約ID (数字4桁)	
20 年 月 日 (曜日) ☐ 午前 ☐ 午後 時 分			
⑤ 検査機器	☐ MRI ☐ CT ☐ 一般撮影 ☐ MMG	⑥	☐ 造影有 ☐ 造影無 ☐ 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？	☐ いいえ ☐ 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？	☐ いいえ ☐ 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？	☐ 装着無 ☐ 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？ ☐ 人口内耳/中耳 ☐ 脳脊髄刺激電極 ☐ 磁石式人工肛門 ☐ 体内埋め込み型インスリンポンプ ☐ 取り外せない金属製の義眼 ☐ 金の糸 (美容糸) ☐ その他 () 事前にご連絡ください	☐ いいえ ☐ 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？ ☐ 脳動脈クリップ ☐ 体内クリップ ☐ スtent ☐ コイル ☐ 圧可変式シャントバルブ ☐ 体内置き鍼 ☐ インプラント ☐ 子宮内避妊具 (製品名称:) ・不明 ☐ その他 () 体内金属の場所 () 体内に入った時期 (年 月頃)	☐ いいえ ☐ 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？ ☐ 義歯(含マグネット) ☐ 義手・義足 ☐ カラーコンタクト(含サークルレンズ) ☐ 補聴器 ☐ 湿布・カイロ ☐ アクセサリー類 ☐ 保温下着 ☐ 貼るタイプ置き鍼 ☐ 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	☐ いいえ ☐ 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。	☐ いいえ ☐ はい
8. 閉所恐怖症ですか？	☐ いいえ ☐ はい
本同意書とは別に問診票の入力が必要です。 来院までにQRコードからweb問診の入力をお願いします。 web問診の対応が難しい場合は、当日に紙問診票の記入をお願いいたします。	 【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。
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 (未成年者の場合の保護者氏名:)	日付 年 月 日
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。	☐ 学術利用等に 同意しない

東京都港区大門2丁目9