

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

9:00-17:45
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)	
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		

⑦禁忌事項	
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
共通 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・1日用白髪染め(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	<input type="checkbox"/> 造影有 <input type="checkbox"/> 造影無 <input type="checkbox"/> 当院に一任
造影の場合は検査値等を記入下さい	※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____ 上限値：男性1.5mg/dl、女性1.1mg/dl 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	
<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・骨盤・精巣・陰茎)	
<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		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		

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・1日用白髪染め(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	<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____ 上限値：男性1.5mg/dl、女性1.1mg/dl 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	
<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・骨盤・精巣・陰茎)
<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

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

《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:) <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？
<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・増毛用パウダーや1日用白髪染め (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 |

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の連絡が必要となりますので、来院前に保険会社への連絡をお願いいたします。
当院は労災指定病院ではない為、お仕事中・通勤中のお怪我の方は10割負担等となります。
後日、労災基準監督署に返金申請していただく形となりますのでご了承ください。

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

(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

