ver. 202401

AIC

# MRI 検査・CT 検査

## 紹介状（診療情報提供書）

AIC 画像検査センター
at AIC 八重洲クリニック

AIC 画像検査センター
at 筑波大学附属病院敷地内

依頼元コード

当院の検査施設は、2か所ございます

### 八重洲 AIC 八重洲クリニック

ご予約TEL
**0120-786-055**

依頼票FAX
**03-6202-3377**

診療時間
月～土　9:00～21:00
日・祝　9:00～18:00

### つくば AIC 画像検査センター

ご予約TEL
**0120-973-019**

依頼票FAX
**029-853-0071**

診療時間　日・祝 休診
月～金　8:30～18:00
土　9:00～13:00

ご予約方法は表紙の裏面にてご案内しております

検査依頼票は4枚1組です

| 1枚目 紹介状 | 2枚目 紹介状 | 3枚目 予約票 | 4枚目 地図 |
|---|---|---|---|
| AIC画像検査センター用（FAX・患者様持参用） | 貴院控え | 患者様検査当日持参用（ご来院前の確認事項） | 当院の検査施設は、2か所ございます。ご注意ください |

AIC画像検査センター
東京都中央区日本橋2-1-18 at AIC八重洲クリニック

AIC画像検査センター
茨城県つくば市天久保2-1-16 at 筑波大学附属病院敷地内

AIC画像検査センターは、AIC八重洲クリニック、筑波大学附属病院敷地内にて開設しているADVANCED IMAGING CENTERです

## ■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。
紹介状に、保険会社情報を記入してください。

## ご予約の方法 1　医療機関からご予約のお電話をいただく場合

手順1・・・検査依頼内容が決まりましたら、検査を受ける場所のご予約TEL番号へお電話ください。
八重洲 0120-786-055　つくば 0120-973-019

手順2・・・予約電話を終えましたら、紹介状の ❸受診場所に✓を入れ、来院日時をご記入いただき、
下記項目をご記入ください。
❶ 患者様情報 ❷ 紹介元医療機関 ❹ 貴院結果説明日・再診日 ❺ 検査機器 ❻ 造影の有無
❼ 検査部位 ❽ 傷病名・紹介目的と臨床情報 ❾ 検査の注意事項（患者様にご確認ください）
造影有の場合は ❿ 造影有 又は 一任の場合 ⓫ 画像・レポートについて

手順3・・・3枚目の予約票と4枚目の地図を患者様にお渡しください。

手順4・・・1枚目の紹介状をFAXにてお送りください。
八重洲 03-6202-3377　つくば 029-853-0071

**■FAX 送信ができない場合**
1 枚目の紹介状を封をした状態で患者様にお渡しいただき、検査当日に
3枚目の予約票と一緒にご持参いただくようお伝えください。

## ご予約の方法 2　患者様よりお電話でご予約いただく場合

手順1・・・紹介状の ❸来院日時欄の 患者様がご自身で予約 と、検査を受ける場所に☑を入れ、
❹ 医師の方へ（検査部位・貴院結果説明日）をご記入ください。

手順2・・・下記項目をご記入ください。
❶、❷、❺、❻、❼、❽、❾、❿

手順3・・・3枚目の予約票と4枚目の地図を患者様にお渡しください。 その際、来院日時のご予約は、
患者様ご自身がお電話にて行っていただくよう、ご説明をお願いいたします。

手順4・・・1枚目の紹介状をFAXにてお送りください。
八重洲 03-6202-3377　つくば 029-853-0071

### 八重洲　AIC 八重洲クリニック

ご予約TEL **0120-786-055**
依頼票FAX **03-6202-3377**
診療時間　月～土　9：00～21：00
日・祝　9：00～18：00

### つくば　AIC 画像検査センター

ご予約TEL **0120-973-019**
依頼票FAX **029-853-0071**
診療時間　月～金　8：30～18：00
日・祝 休診　土　9：00～13：00

## 当院の造影一任の判断基準について

造影剤を利用することで様々な情報が得られますが、造影剤には副作用が発生する可能性があることから、当院へ造影剤の使用判断を一任された検査につきましては、患者様の同意が得られなかった場合や造影禁忌に該当した場合を除き、以下の基準により造影剤使用判断を行います。

### 1. 造影検査を施行する場合

以下のような場合には、造影検査を施行します。
（1）依頼票にて腫瘍性病変を疑っている場合
（2）鑑別診断、広がり診断、病期診断のために造影検査が必要であると判断できる場合。
（3）血管性病変あるいは血管の走行・正常変異の有無などの確認が必要な場合。
（4）臨床所見や単純画像等で病変の存在リスクが高いと考えられる場合（肝硬変、膵のくびれ状萎縮、US で腫瘤指摘の場合など）。
（5）過去検査歴より今回検査が腫瘍性病変の鑑別が必要な検査であると判断される場合。

### 2. 単純検査を施行する場合

上記に該当しない場合において、以下の理由が当てはまる場合には単純検査を施行します。
（1）腫瘍性病変が認められない場合
（2）単純検査で検査目的の診断が可能な場合

担当医　　科　　殿

# MRI CT 紹介状（診療情報提供書）

八重洲 AIC八重洲クリニック TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377
つくば AIC画像検査センター TEL 0120-973-019 FAX 029-853-0071

## ❶ 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏　名

生年月日

男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号　　自宅・勤務先 その他（　　）

## ❷ 紹介元医療機関　依頼元コード

（名　称）

（所在地）

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話 または内線番号　　内線

## ❸ 受診場所

□八重洲
□つくば

**来院日時**（貴院からのご予約）

20　年　月　日（　）午前 午後　時　分 **来院**

来院受付の後、**問診・医師による診察・着替・検査**の順にご案内します

## ❹ □患者様ご自身で予約される場合、ご記入ください。

検査部位（患者様用に複写されます）

貴院結果説明日・再診日 □未定

月　日 午前 午後　時　分

## ❺ 検査機器

エコーは、MRI又はCTと同日検査が可能です。

□MRI（□3.0T □1.5T □どちらでも可）　□CT

□エコー（八重洲のみ）　□マンモグラフィ（八重洲のみ）

## ❻ 造影の有無

一任の判断基準は表紙の裏をご参照ください。

□造影　□単純　□一任

（当院医師が造影の必要性を判断します）

## ❼ 検査部位

□頭部〈脳・脳動脈・下垂体・聴器・副鼻腔・顎関節 眼窩・顔面・他（　　）〉

□頸部〈頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺・他（　　）〉

□胸部〈肺・縦隔・乳房〉注:心臓・大血管は専用依頼票をご利用下さい

□腹部〈肝・胆・膵・腎・他（　　）〉

□骨盤〈子宮・卵巣・膀胱・前立腺・他（　　）〉

□皮下腫瘤 軟部腫瘍〈背部・臀部・頭頸部・胸腹骨盤（前面） 上肢・下肢・他（　　）〉

整形領域
- □脊椎〈頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・全脊椎（簡略版）〉
- □肩関節：ひだり・みぎ　□膝関節：ひだり・みぎ
- □手関節：ひだり・みぎ　□足関節：ひだり・みぎ
- □股関節：両側・ひだり・みぎ
- □上肢下肢：ひだり・みぎ〈上腕・肘・前腕・大腿・下腿〉
- □関節 他（　　）

□広範囲　□MRI（DWIBS・体幹部がん検索）　□CT（頭・頸・胸・腹・骨盤・上肢・下肢）

□その他（　　）

## ❽ 傷病名・紹介目的と臨床情報

□別紙参照　＜読影医指定＞

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴・症状の経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考

検査をご依頼される根拠となった単純X線写真などの画像のお貸し出しにご協力をお願いいたします。
（骨関節単純X線、経時的変化を疑った複数回の胸部X線、乳房マンモグラフィ、当院以外で撮像されたCT、MRI等）

## ❾ 検査の注意事項

当てはまる項目に✓をしてください。

| | | |
|---|---|---|
| 禁忌 | □妊娠している方 | CT及びMRI造影不可 |
| 禁忌 | □人工内耳・中耳 | MRI検査不可 |
| 禁忌 | □ペースメーカー | MRI検査不可 |
| 禁忌 | □体内埋込型医療機器（除細動器、脳脊髄刺激電極 等）※MRI対応型であってもMRI検査不可 ※CT検査では、機器により条件が異なります。お問合せ下さい。 | 撮影範囲内にある場合 CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □持続自己血糖測定器（リブレ等） | 外せない場合 MRI/CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □体内埋込式インスリンポンプ | 外せない場合 MRI/CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □ホルター心電図 | 外せない場合 MRI/CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □体内金属（脳動脈クリップ等）※部位、素材、体内に入れた時期を確認 部位 素材 いつから | 部位、素材により MRI検査不可 となる場合あり |
| 条件付禁忌 | □鉄粉含む増毛パウダー／1日タイプの白髪染め | 頭部のMRI検査不可 |
| 条件付禁忌 | □マグネットネイル、ミラーネイル | 外せない場合 MRI検査不可 |
| 条件付禁忌 | □経皮型吸収貼付薬（例：エストラーナテープ） | 外せない場合 MRI検査不可 |
| 禁忌 | □豊胸 | 原則MMG検査不可 |

## ❿ 造影 有 又は 一任の場合は下記項目のチェックをお願いいたします

※造影禁忌に該当する場合、当院医師の判断により検査を中止する場合がございます。予めご了承ください。

- 気管支喘息（注）咳喘息であれば造影出来る為、無（造影可）に✓して下さい
  □無（造影可）　□有（造影不可）
  小児喘息の成人後発作　□無（造影可）　□有（造影不可）
- 造影剤副作用歴
  □無（造影可）　□有（MRI ガドリニウム）（造影不可）　□有（CT ヨード）（造影不可）
- 腎障害　□無　□有　□不明
  測定値：クレアチニン（　　mg/dl）　検査日：
  □eGFR30 以上（造影可）　□未満（造影不可）　□透析中（CT 可、MRI 不可）
- 甲状腺機能亢進症　現在の治療：□無　□有（MRI可、CT不可）
  採血値：（TSH：　　FT4：　　Tg：　　）
  □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してください。
- 薬剤アレルギー　□無　□有（薬剤名：　　）
- 感 染 症　□無　□有（名称：　　）・不明
- βブロッカーについて　□使用中　□使用可　□使用不可（禁忌）

※アナフィラキシー対応の際に必要な情報です。

## ⓫ 画像CD・レポートについて

画像CDを**患者持帰り**（無料）、レポートを**普通郵便**（無料）と選択すると、送料は掛かりません。

| | | 通常 送付方法 | お急ぎ（無料） |
|---|---|---|---|
| 画像CD | □Viewer 付 | □宅配便（有料・追跡可） | □患者持帰り※注 |
| 画像CD | □Viewer 無 | □普通郵便（無料） | □インターネット配信 |

| | 通常 送付方法 | お急ぎ（無料） |
|---|---|---|
| レポート | □宅配便（有料・追跡可） | □患者持帰り※注 |
| レポート | □普通郵便（無料） | |
| レポート | □でき次第FAX（無料） | □インターネット配信 |

※「患者持帰り」を選ばれる場合
- ご予約時にお申し出ください。
- 作成までお待たせすることになります。お急ぎの場合にのみお選び下さい。
- 時間帯や曜日などにより対応できない場合があります。

AIC　MRI検査・CT検査 紹介状（診療情報提供書）

①AIC画像検査センター用（FAX・患者様持参用）　202401

担当医　　科　　殿

# MRI CT 紹介状（診療情報提供書）

八重洲 AIC八重洲クリニック TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377
つくば AIC画像検査センター TEL 0120-973-019 FAX 029-853-0071

## ❶ 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏　名

生年月日

男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号　　自宅・勤務先 その他（　　）

## ❷ 紹介元医療機関　依頼元コード

（名　称）

（所在地）

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話 または内線番号　　内線

## ❸ 受診場所

□八重洲
□つくば

**来院日時**（貴院からのご予約）

20　年　月　日（　）午前 午後　時　分 **来院**

来院受付の後、**問診・医師による診察・着替・検査**の順にご案内します

## ❹ □患者様ご自身で予約される場合、ご記入ください。

検査部位（患者様用に複写されます）

貴院結果説明日・再診日 □未定

月　日 午前 午後　時　分

## ❺ 検査機器

エコーは、MRI又はCTと同日検査が可能です。

□MRI（□3.0T □1.5T □どちらでも可）　□CT

□エコー（八重洲のみ）　□マンモグラフィ（八重洲のみ）

## ❻ 造影の有無

一任の判断基準は表紙の裏をご参照ください。

□造影　□単純　□一任

（当院医師が造影の必要性を判断します）

## ❼ 検査部位

□頭部〈脳・脳動脈・下垂体・聴器・副鼻腔・顎関節 眼窩・顔面・他（　　）〉

□頸部〈頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺・他（　　）〉

□胸部〈肺・縦隔・乳房〉注:心臓・大血管は専用依頼票をご利用下さい

□腹部〈肝・胆・膵・腎・他（　　）〉

□骨盤〈子宮・卵巣・膀胱・前立腺・他（　　）〉

□皮下腫瘤 軟部腫瘍〈背部・臀部・頭頸部・胸腹骨盤（前面） 上肢・下肢・他（　　）〉

整形領域
- □脊椎〈頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・全脊椎（簡略版）〉
- □肩関節：ひだり・みぎ　□膝関節：ひだり・みぎ
- □手関節：ひだり・みぎ　□足関節：ひだり・みぎ
- □股関節：両側・ひだり・みぎ
- □上肢下肢：ひだり・みぎ〈上腕・肘・前腕・大腿・下腿〉
- □関節 他（　　）

□広範囲　□MRI（DWIBS・体幹部がん検索）　□CT（頭・頸・胸・腹・骨盤・上肢・下肢）

□その他（　　）

## ❽ 傷病名・紹介目的と臨床情報

□別紙参照　＜読影医指定＞

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴・症状の経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考

検査をご依頼される根拠となった単純X線写真などの画像のお貸し出しにご協力をお願いいたします。
（骨関節単純X線、経時的変化を疑った複数回の胸部X線、乳房マンモグラフィ、当院以外で撮像されたCT、MRI等）

## ❾ 検査の注意事項

当てはまる項目に✓をしてください。

| | | |
|---|---|---|
| 禁忌 | □妊娠している方 | CT及びMRI造影不可 |
| 禁忌 | □人工内耳・中耳 | MRI検査不可 |
| 禁忌 | □ペースメーカー | MRI検査不可 |
| 禁忌 | □体内埋込型医療機器（除細動器、脳脊髄刺激電極 等） ※MRI対応型であってもMRI検査不可 ※CT検査では、機器により条件が異なります。お問合せ下さい。 | 撮影範囲内にある場合 CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □持続自己血糖測定器（リブレ等） | 外せない場合 MRI/CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □体内埋込式インスリンポンプ | 外せない場合 MRI/CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □ホルター心電図 | 外せない場合 MRI/CT検査不可 |
| 条件付禁忌 | □体内金属（脳動脈クリップ等） ※部位、素材、体内に入れた時期を確認 部位 素材 いつから | 部位、素材により MRI検査不可 となる場合あり |
| 条件付禁忌 | □鉄粉含む増毛パウダー／1日タイプの白髪染め | 頭部のMRI検査不可 |
| 条件付禁忌 | □マグネットネイル、ミラーネイル | 外せない場合 MRI検査不可 |
| 条件付禁忌 | □経皮型吸収貼付薬（例：エストラーナテープ） | 外せない場合 MRI検査不可 |
| 禁忌 | □豊胸 | 原則MMG検査不可 |

## ❿ 造影 有 又は 一任の場合は下記項目のチェックをお願いいたします

※造影禁忌に該当する場合、当院医師の判断により検査を中止する場合がございます。予めご了承ください。

- 気管支喘息（注）咳喘息であれば造影出来る為、無（造影可）に✓して下さい
  □無（造影可）　□有（造影不可）
  小児喘息の成人後発作　□無（造影可）　□有（造影不可）
- 造影剤副作用歴
  □無（造影可）　□有（MRIガドリニウム）（造影不可）　□有（CTヨード）（造影不可）
- 腎障害　□無　□有　□不明
  測定値：クレアチニン（　　mg/dl）　検査日：
  □eGFR30以上（造影可）　□未満（造影不可）　□透析中（CT可、MRI不可）
- 甲状腺機能亢進症　現在の治療：□無　□有（MRI可、CT不可）
  採血値：（TSH：　　FT4：　　Tg：　　）
  □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してください。
- 薬剤アレルギー　□無　□有（薬剤名：　　）
- 感染症　□無　□有（名称：　　）・不明
- βブロッカーについて　□使用中　□使用可　□使用不可（禁忌）

※アナフィラキシー対応の際に必要な情報です。

## ⓫ 画像CD・レポートについて

画像CDを**患者持帰り**（無料）、レポートを**普通郵便**（無料）と選択すると、送料は掛かりません。

| | | 通常 送付方法 | お急ぎ（無料） |
|---|---|---|---|
| 画像CD | □Viewer付 | □宅配便（有料・追跡可） | □患者持帰り※注 |
| 画像CD | □Viewer無 | □普通郵便（無料） | □インターネット配信 |

| | 通常 送付方法 | お急ぎ（無料） |
|---|---|---|
| レポート | □宅配便（有料・追跡可） | □患者持帰り※注 |
| レポート | □普通郵便（無料） | |
| レポート | □でき次第FAX（無料） | □インターネット配信 |

※「患者持帰り」を選ばれる場合
- ご予約時にお申し出ください。
- 作成までお待たせすることになります。お急ぎの場合にのみお選び下さい。
- 時間帯や曜日などにより対応できない場合があります。

担当医　　科　　殿

# MRI CT 紹介状
（診療情報提供書）

八重洲 AIC八重洲クリニック TEL 0120-786-055 FAX 03-6202-3377
つくば AIC画像検査センター TEL 0120-973-019 FAX 029-853-0071

## ❶ 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏　名

生年月日　　男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号　　自宅・勤務先 その他（　　）

## ❷ 紹介元医療機関　依頼元コード

（名　称）

（所在地）

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話 または内線番号　　内線

## ❸ 受診場所

☐八重洲
☐つくば

**来院日時**（貴院からのご予約）

20　年　月　日（　）午前 午後　時　分 **来院**

来院受付の後、**問診・医師による診察・着替・検査**の順にご案内します

## ❹ ☐患者様ご自身で予約される場合、ご記入ください。

検査部位（患者様用に複写されます）

貴院結果説明日・再診日 ☐未定

月　日 午前 午後　時　分

## ❺ 検査機器 エコーは、MRI又はCTと同日検査が可能です。

☐MRI（☐3.0T ☐1.5T ☐どちらでも可）　☐CT

☐エコー（八重洲のみ）　☐マンモグラフィ（八重洲のみ）

## ❻ 造影の有無 一任の判断基準は表紙の裏をご参照ください。

☐造影　☐単純　☐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　点線枠内の患者様確認事項は、来院前に必ずご記入ください

以下の質問にて、「✓」がある場合は、**ご来院いただいても検査が出来ない**ことがありますので、ご来院前までに必ずご連絡ください。

八重洲 03-6202-3370 月~土 9時~21時　日・祝 9時~18時
つくば 029-875-9970 月~金 8:40~18時　土 8:40~13時

### 1. ❺ 検査機器が「MRI」の方へ（CT・エコー検査の方はご記入不要です）：当てはまる項目に✓をしてください。

**禁忌の金属**

☐体内埋込型機器（除細動器）　☐脳脊髄刺激電極　☐心臓ペースメーカー　☐人工内耳・中耳　☐磁石式人工肛門
☐金属製の義眼　☐強磁性体の破片（鉄片、弾丸）　☐皮膚拡張器（ティッシュエキスパンダーなど）　☐金の糸（ゴールデンリフト）

**条件付金属**

※以下の体内金属は、種類によりMRI検査が出来ない場合がございます。（材質が100%チタンと判明しているものは検査可能）
お電話いただいた際、金属の種類（何が）、部位（どこに）、体内に入った時期（いつ）、材質を確認させていただきます。

☐脳動脈クリップ　☐体内クリップ　☐ステント　☐コイル　☐シャント　☐体内置き鍼　☐インプラント　☐その他（　　）

**その他**

※以下のものは金属成分を含んでいるため、検査の際は取り外していただきます。
☐持続自己血糖測定器（リブレ等）　☐体内埋込式インスリンポンプ　☐ホルター心電図　☐義歯　☐義手、義足
☐磁石埋込式義歯　☐歯列矯正　☐補聴器　☐カラーコンタクト　☐サークルレンズ　☐ウィッグ　☐湿布　☐カイロ
☐ピアス　☐ヒートテック　☐金属製のワイヤー入りマスク

**※以下のものは、外した状態で検査にお越しください。**
☐マグネットネイル・ミラーネイル等金属が含まれる可能性のあるネイルアート　☐経皮型吸収貼付薬（例：エストラーナテープ）
☐増毛パウダー・1日タイプの白髪染（金属成分を含む可能性があるため、頭部の検査はできません）　☐貼るタイプ置き鍼

※以下のものは、材質によって火傷・変色する可能性を否定できません。撮影部位に近い場所にある場合には、検査が出来ない場合がございます。
☐刺青　☐アートメイク　☐ジェルネイル

☐閉所恐怖症

### 2. ❺ 検査機器が「CT」の方へ（MRI・エコー検査の方はご記入不要です）：当てはまる項目に✓をしてください。

☐妊娠している
☐体内埋込型機器（除細動器）　☐脳脊髄刺激電極　☐持続自己血糖測定器（リブレ等）　☐体内埋込式インスリンポンプ　☐ホルター心電図

### 3. ❻ 造影の有無が「造影」・「一任」の方へ（単純の方はご記入不要です）：当てはまる項目に✓をしてください。

☐腎臓のご病気や腎臓障害がある ※可能でしたら、血液検査の結果を検査当日にお持ち下さいますようお願いいたします。
☐気管支喘息と診断されたことがある　☐過去に造影検査で副作用を起こしたことがある　☐感染症がある（肝炎・HIV・梅毒 など）
☐妊娠している　☐現在、授乳中　☐過去に薬剤でアレルギー症状が起こったことがある

上記の内容に相違ないことを確認しご署名ください。未成年者の方は検査実施に関する保護者の同意としてご署名ください。
また、検査時に保護者の方が立ち会えない場合には検査時に必ず通話が可能な電話番号を記載してください。

保護者氏名 Guardian's Name　　続柄 relationship

フリガナ
氏　名 Name　　男 MALE / 女 FEMALE　　生年月日 Date of birth 明・大 昭・平　年（y）　月（m）　日（d）

ご住所 Address　〒　　－

携帯電話番号 Cell phone number　　ご自宅 勤務先

ご家族の連絡先 phone no. of your family　症状のある方は、必ずご記入ください　　ご家族の携帯 自宅・勤務先

検査の結果、経過観察が必要な方には、登録されている電話番号にリマインダーをお送りする場合があります。ご不要の方は[☐リマインダーを希望しない]に✓をしてください。☐リマインダーを希望しない

今回撮影した画像データを学術利用等させていただきたい場合があります。学術利用等は、個人情報は一切排除した上で行います。ご理解の程、よろしくお願いいたします。☐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、事前に保険会社へ連絡をお願いします。
お仕事中・通勤中のお怪我の方は、当院用の労災用紙をご提出いただくまでは自由診療となります。

③ 患者様持参用（検査当日持参用）

202401

AIC ADVANCED IMAGING CENTER

# 検査にあたってのご注意、検査料金、検査当日について

## 検査にあたってのご注意

検査画像に影響がでるため、以下の点にご注意ください

| | 食 事 | 排 尿 | 鉄サプリメント・鉄剤 |
|---|---|---|---|
| 腹部検査の方 | 来院6時間前より不可<br>お水の摂取は検査直前まで可 | 制限はありません | 前日より不可（MRIのみ） |
| 骨盤検査の方 | 来院6時間前より不可<br>お水の摂取は検査直前まで可 | 来院1時間前より不可<br>排尿してしまった場合には300mlの水をお飲みください | 前日より不可（MRIのみ） |
| その他の検査の方 | 検査に際しての制限は、何もありません | | |

## 検査料金

3割負担目安

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MRI（非造影） | 8,000円～11,000円 | CT（非造影） | 7,000円～9,000円 | エコー | 3,000円～5,000円 |
| MRI（造影） | 10,000円～17,000円 | CT（造影） | 9,000円～13,000円 | X線マンモグラフィ | 3,500円～4,000円 |
| 追加CD | 2,200円（税抜価格2,000円・消費税10%） | | | | |

お支払いにはVISA・MASTER・JCB・AMEX・Dinersのクレジットカードをご利用いただけます

## 検査当日

**1** 検査当日は、予約票に記載された来院時間に受付へお越し下さい。
来院受付の後、問診・医師による診察・着替・検査の順にご案内します

| 当日ご持参いただくもの | お持ちの方はご持参ください |
|---|---|
| **予約票（本書）**<br>ご来院前に＜患者様記入欄＞を<br>**必ずご記入ください** | **お薬手帳** |
| **保険証**<br>**ご紹介元医療機関の診察券**<br>忘れずにご持参ください | **過去の検査結果**<br>**（採血・画像検査）** |

**※ ご予約のお時間に遅れる場合は、必ずお電話ください。**

ご予約のお時間を過ぎますと、次のお時間の患者様との関係上により、お時間やお日にちのご変更等をさせて頂く場合がございます。

八重洲 TEL：**03-6202-3370**　　つくば TEL：**029-875-9970**

**2** 当日の流れ

検査内容や当日の状況により、それ以上かかる場合もあります。また、**来院時間と検査開始時間は異なります。**

来院受付 → 検査説明（問診・禁忌事項確認） → お支度 → 検査（検査の内容により検査時間は異なります） → お着替え → お会計

来院から検査開始まで 約30～40分 ／ 検査 約10～40分 ／ 検査後 約20～30分

ご来院からお帰りまでの所要時間　約1時間～1時間50分

当院の検査施設は、2か所ございます。ご確認のうえ、ご来院ください

## 東京 八重洲　AIC八重洲クリニック 地図

東京都中央区日本橋2-1-18　TEL 03-6202-3370

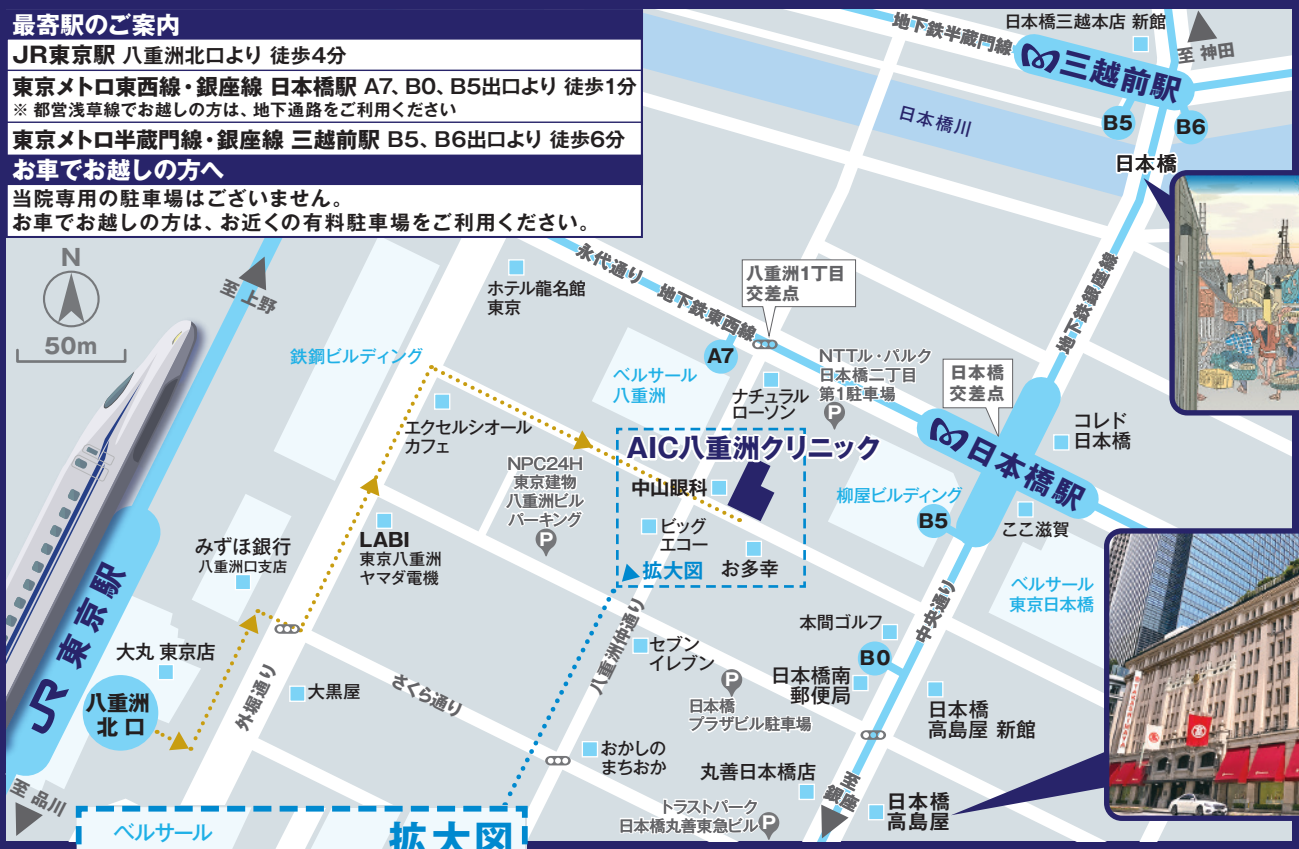
▼Googleマップ

### 最寄駅のご案内

- JR東京駅 八重洲北口より 徒歩4分
- 東京メトロ東西線・銀座線 日本橋駅 A7、B0、B5出口より 徒歩1分
  ※ 都営浅草線でお越しの方は、地下通路をご利用ください
- 東京メトロ半蔵門線・銀座線 三越前駅 B5、B6出口より 徒歩6分

### お車でお越しの方へ

当院専用の駐車場はございません。
お車でお越しの方は、お近くの有料駐車場をご利用ください。



歌川広重「日本橋 朝之景」

日本橋高島屋

### 受付のご案内

## 茨城 つくば　AIC画像検査センター 地図

茨城県つくば市天久保2-1-16　TEL 029-875-9970

▼Googleマップ

### 鉄道・バスをご利用の方へ

乗車：つくばセンターバスターミナル（つくば駅前）
降車：筑波メディカルセンター前（徒歩5分）

| のりば | 行き先 | 乗車時間 |
|---|---|---|
| 5番 | 下妻駅、石下駅、筑波大学病院（右、左回り）建築研究所（平日のみ） | 約3分 |
| 6番 | 筑波大学循環（右回り）、筑波大学中央 | |

### お車でお越しの方へ

当院の駐車場が満車の場合には、筑波大学附属病院の一般立体駐車場にお停めください。駐車券を無料券へ交換いたします。

202309