

# AIC

## 循環器検査専用

紹介状(診療情報提供書)

AIC 画像検査センター  
AIC 八重洲クリニック

AIC 画像検査センター  
筑波大学附属病院



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

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  
AIC画像検査センター用  
(FAX・患者様持参用)

2枚目 紹介状  
貴院控え

3枚目 予約票  
患者様検査当日持参用  
(ご来院前の確認事項)

4枚目 地図  
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 AIC  
東京都中央区日本橋2-1-18 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 筑波大学附属病院

AIC画像検査センターは、AIC八重洲クリニック、筑波大学附属病院にて開設している Advanced Imaging Center です

## 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 **3** 来院日時をご記入いただき、検査を受ける場所に  を入れ、貴院結果説明日と下記項目をご記入ください。

**1** 患者様情報 **2** 紹介元医療機関

**4** 検査区分 **5** 臨床情報 **6** 検査の禁忌事項 **8** 画像・レポートについて

手順3・・・造影有の場合は、**7** 造影剤使用の禁忌をご確認いただき、該当箇所にチェックをしてください。

手順4・・・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5・・・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持参いただくようお願いください。

## 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 **3** 来院日時欄の患者様ご自身で予約と検査を受ける場所に  を入れ、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。

**1**、**2**、**4**、**5**、**6**、**7**、**8**

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

1 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( )

E-Mail

紹介状 八重洲AIC八重洲クリニック つくばAIC画像検査センター
TEL 0120-786-055 TEL 0120-973-019
(診療情報提供書) FAX 03-6202-3377 FAX 029-853-0071

2 紹介元医療機関 依頼元コード

(名称)

(所在地)

診療科 □循環器内科 □心臓血管外科 □(その他)

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話 または内線番号

内線

3 来院日時 月 日 ( ) 午前 午後 時 分 来院 □患者様がご自身で予約 □検査を受ける場所 □八重洲 □つくば 貴院結果説明日 □未定 月 日 午前 午後 時 分

4 検査区分 □検査内容を当院へ一任 (当院外来にて診察後、検査内容を確定します) CT室直通TEL (CTの当日検査予約を受け付けています) 八重洲 03-3548-0015 つくば 0120-973-019 (注) 検査項目に☑をしてください。

Table with 3 columns: 冠動脈精査, 術前検査, 血管精査. Includes sub-sections like 心筋精査 and ACHD検査.

5 臨床情報 <読影医指定>

症状・臨床経過: □不整脈 □息切れ □息苦しさ □動悸 □胸痛(労作時・安静時) □心窩部痛 □背部痛 □下肢(痛み・しびれ・冷感) □高血圧 □脂質異常症 □糖尿病 □喫煙(無・有・禁煙中) □肥満 □腎不全 □透析 □その他( )

診察所見及び治療経過: □心電図異常 □検査異常[心電図・エコー・血液・その他( )] □ステント留置後( ) □バイパス後( ) □その他( )

6 検査の禁忌事項 当てはまる項目に☑をしてください。 7 造影剤使用の禁忌 有の場合、該当箇所☑をしてください。 8 画像・レポートについて

Table with 3 columns: 6 検査の禁忌事項, 7 造影剤使用の禁忌, 8 画像・レポートについて. Includes rows for MRI, CT, and contrast agent restrictions.

画像・レポートを郵便(無料)と選択すると送料は掛かりません▲

1 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( )

E-Mail

紹介状 八重洲AIC八重洲クリニック つくばAIC画像検査センター
TEL 0120-786-055 TEL 0120-973-019
(診療情報提供書) FAX 03-6202-3377 FAX 029-853-0071

2 紹介元医療機関 依頼元コード

(名称)

(所在地)

診療科 □循環器内科 □心臓血管外科 □(その他)

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話 または内線番号 内線

3 来院日時 月 日 ( ) 午前 午後 時 分 来院 □患者様がご自身で予約 □検査を受ける場所 □八重洲 □つくば 貴院結果説明日 □未定 月 日 午前 午後 時 分

4 検査区分 □検査内容を当院へ一任 (当院外来にて診察後、検査内容を確定します) CT室直通TEL (CTの当日検査予約を受け付けています) 八重洲 03-3548-0015 つくば 0120-973-019 (注) 検査項目に☑をしてください。

Table with 3 columns: 冠動脈精査, 術前検査, 血管精査. Includes options for CT, MRI, and various imaging techniques.

5 臨床情報 <読影医指定>

症状・臨床経過: □不整脈 □息切れ □息苦しさ □動悸 □胸痛(労作時・安静時) □心窩部痛 □背部痛 □下肢(痛み・しびれ・冷感) □高血圧 □脂質異常症 □糖尿病 □喫煙(無・有・禁煙中) □肥満 □腎不全 □透析 □その他( )

診察所見及び治療経過: □心電図異常 □検査異常[心電図・エコー・血液・その他( )] □ステント留置後( ) □バイパス後( ) □その他( )

6 検査の禁忌事項 当てはまる項目に☑をしてください。 7 造影剤使用の禁忌 有の場合、該当箇所☑をしてください。 8 画像・レポートについて

Table with 3 columns: 6 検査の禁忌事項, 7 造影剤使用の禁忌, 8 画像・レポートについて. Contains detailed medical restrictions and reporting options.

1 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( )

E-Mail

予約票 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

2 紹介元医療機関

依頼元コード

(名称)

(所在地)

診療科 循環器内科 心臓血管外科  (その他)

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話 または内線番号

内線

3 来院日時 月 日 ( ) 午前 午後 時 分 来院  患者様のご自身で予約  検査を受ける場所  八重洲  つくば 貴院結果説明日  未定 月 日 午前 午後 時 分

4 検査区分  検査内容を当院へ一任 (当院外来にて診察後、検査内容を確定します) CT室直通TEL (CTの当日検査予約を受け付けています) 八重洲 03-3548-0015 つくば 0120-973-019 (注) 検査項目に  をしてください。

Table with 3 columns: 冠動脈精査, 術前検査, 血管精査. Includes options for CT, MRI, and various imaging techniques.

点線枠内の確認事項は、来院前に必ずご記入ください

< 患者様記入欄 > 以下の質問にて、「はい」が1つ以上ある場合は、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 つくば 029-875-9970

- 1. MRI検査を受ける方 (1) 下記のような金属が体内にある方は、MRI 検査が出来ません。該当するものはありますか？ (2) 上記以外の体内金属・外せない金属はありますか？ (3) 刺青・アートメイク・ジェルネイルをしていますか？ (4) 今現在ご使用されているものはありますか？ (5) 閉所恐怖症ですか？

2. 検査を受ける全ての方 (1) 妊娠初期 3 ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性はありますか？

- 3. 造影の有無が「有」・「一任」の方 \*造影とは造影剤という薬剤を使用して行う検査です (1) 腎臓のご病気や腎臓障害がありますか？ (2) 気管支喘息と診断されたことがありますか？ (3) 過去に造影検査で副作用を起こしたことがありますか？ (4) 感染症はありますか？ (5) 現在、授乳中ですか？ (6) 過去に薬剤でアレルギー症状が起こったことはありますか？

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

ご住所 〒 Address 電話番号 TEL 携帯・自宅・勤務先

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

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	カフェイン
八重洲	造影なし	<b>制限あり</b> 検査の <b>24時間前</b> より、カフェインを含む食品・飲料（お茶、コーヒー、紅茶、コーラ、ウーロン茶、ココア、栄養ドリンク、チョコレート等）をお控えください。
	造影あり <b>制限なし</b>	
つくば	造影なし	
	造影あり <b>来院4時間前よりお食事不可</b>	

## 検査料金 3割負担目安

	MRI (非造影) 8,000円～11,000円	CT (非造影) 6,000円～8,000円	エコー 3,000円～5,000円
	MRI (造影) 10,000円～15,000円	CT (造影) 9,000円～16,000円	
	追加CD 2,000円(税別)		

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。

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

**※ 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、お時間が前後する場合があります。また、**ご予約時間と検査開始時間は異なります。**



来院から検査開始まで 約60分

検査 約30～60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50分～2時間半

