

■ 依頼元コード：

予約 TEL 0120-973-019

診療時間 休診日・祝

依頼票 FAX 029-853-0071

月～金 9:00～18:00  
土 9:00～13:00

ご予約の方法1 先生からご予約の電話をいただく場合

- 手順1・・・検査のご予約は、0120-973-019へお電話ください。  
手順2・・・検査予約日時が決まり電話を終えましたら、下記項目をご記入ください。  
①患者様情報、②貴院情報、③来院予約日時、⑤検査区分、⑥造影区分  
手順3・・・⑦検査前の確認事項を患者様にご確認いただき、ご記入ください。  
手順4・・・⑧検査部位、疾患名又は臨床診断・検査の目的をご記入ください。  
手順5・・・3枚目の検査予約票を患者様にお渡しください。  
手順6・・・依頼票の1枚目をFAX送信ください。

(FAX送信ができない場合)

1枚目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枚目と一緒にご持参いただくようお願いください。

ご予約の方法2 患者様よりご予約の電話をいただく場合

- 手順1・・・診察中に検査の内容を決定し、依頼票の下記項目をご記入ください。  
①患者様情報、②貴院情報、⑤検査区分、⑥造影区分  
手順2・・・⑦検査前の確認事項を患者様にご確認いただき、ご記入ください。  
手順3・・・⑧検査部位、疾患名又は臨床診断・検査の目的をご記入ください。  
手順4・・・③患者様からご予約の電話をいただく場合の欄にチェックを入れ、  
④検査部位、貴院次回診察日をご記入ください。  
手順5・・・3枚目の検査予約票を患者様にお渡しください。その際、検査日時のご予約は、  
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6・・・1枚目をFAX送信ください。  
FAX送信ができない場合には、予約方法の1の(FAX送信ができない場合)にて、ご予約ください。

(診療情報提供書)  
**診療情報提供書**

次世代分子イメージング  
つくば画像検査センター

2 依頼元コード

紹介元医療機関名  
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男 ・ 女

連絡先 (日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先

3 来院予約日時  患者様から予約のお電話をいただく場合

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

4 下記は患者様から予約電話をいただく場合に記載ください

検査部位

貴院次回診察日

未定 月 日 午前・午後

5 検査区分

MRI  CT

6 造影区分

- アレルギー (ヨード [CT])、喘息、妊娠、Crの値が高い方は検査が出来ません。
- 透析治療中の場合は、0120-973-019 までご連絡ください。

無  有  一任

7 検査前の確認事項

※造影区分 有 または 一任の場合

MRI

- 体内埋込型医療機器 (ペースメーカー、ICD等) (無・有) 有の場合は検査ができません
- 人工内耳 (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談
- 脳動脈クリップなどの体内クリップ (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談
- その他の体内金属 (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談

共通

- 妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、原則検査不可 応相談

CT

- 心臓ペースメーカー (メドトロニック社製) (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談
- 体内埋め込み型除細動器 (全メーカー) (無・有) 有の場合は検査ができません

- 喘息の既往 (無・有) (小児喘息は除く) **有：造影禁忌**
- 腎障害 (無・有・未検)
- クレアチニン ( mg/dl)
- 感染症 (無・有・不明)
- ↳ 有の場合の名称 ( )

8 検査部位

- 頭 部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳)
- 頸 部 (頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺)
- 脊 椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
- 胸 部 (肺・縦隔・乳房)
- 心 臓
- 腹 部 (肝・胆・脾・腎)
- 骨 盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
- 大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢)
- 肩関節 (ひだり・みぎ)
- 手関節 (ひだり・みぎ)
- 股関節
- 膝関節 (ひだり・みぎ)
- 足関節 (ひだり・みぎ)
- 上肢 下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿)
- その他 ( )

8 疾患名又は臨床診断・検査の目的

< 読影医指定 >

診断名：

症状の経過 (治療経過・及び検査結果)

診断精度向上の為、レントゲンフィルム (CT, MRI 画像含む) のお貸し出しにご協力をお願いいたします。

9 画像・レポートについて ※下欄にチェックが無い場合は、CD (Viewer 付) とレポートを宅配便にて送付させていただきます。

画像の媒体

画像の返送方法

- フィルム  宅配便  患者様持ち帰り
- CD (Viewer 付)  宅配便  患者様持ち帰り
- CD (Viewer 無)  宅配便  患者様持ち帰り

レポートの返送方法

- 宅配便
- FAX (原本は後日送付いたします)
- 患者様持ち帰り

ご予約時にお申し付けください (時間帯によりお持ち帰り出来ない場合がございます)。

予約 TEL 0120-973-019

FAX 番号 029-853-0071

①つくば画像検査センター用 (FAX・患者様持参用)

(診療情報提供書)  
**診療情報提供書**

次世代分子イメージング  
つくば画像検査センター

2

依頼元コード

紹介元医療機関名  
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男 ・ 女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

3 来院予約日時

患者様から予約のお電話をいただく場合

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

4 下記は患者様から予約電話をいただく場合に記載ください

検査部位

貴院次回診察日

未定 月 日 午前・午後

5 検査区分

MRI  CT

6 造影区分

- アレルギー(ヨード[CT])、喘息、妊娠、Crの値が高い方は検査が出来ません。
- 透析治療中の場合は、0120-973-019までご連絡ください。

無  有  一任

7 検査前の確認事項

※造影区分 有 または 一任の場合

MRI

- 体内埋込型医療機器(ペースメーカー、ICD等) (無・有) 有の場合は検査ができません
- 人工内耳 (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談
- 脳動脈クリップなどの体内クリップ (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談
- その他の体内金属 (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談

共通

- 妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、原則検査不可 応相談

CT

- 心臓ペースメーカー(メドトロニック社製) (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります 応相談
- 体内埋め込み型除細動器(全メーカー) (無・有) 有の場合は検査ができません

- 喘息の既往 (無・有) (小児喘息は除く) **有：造影禁忌**
- 腎障害 (無・有・未検)
- クレアチニン ( mg/dl)
- 感染症 (無・有・不明)
- ↳ 有の場合の名称 ( )

8 検査部位

- 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳)
- 頸部 (頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺)
- 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
- 胸部 (肺・縦隔・乳房)
- 心臓
- 腹部 (肝・胆・脾・腎)
- 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
- 大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢)
- 肩関節 (ひだり・みぎ)
- 手関節 (ひだり・みぎ)
- 股関節
- 膝関節 (ひだり・みぎ)
- 足関節 (ひだり・みぎ)
- 上肢・下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿)
- その他 ( )

8 疾患名又は臨床診断・検査の目的

< 読影医指定 >

診断名:

症状の経過(治療経過・及び検査結果)

診断精度向上の為、レントゲンフィルム(CT, MRI 画像含む)のお貸し出しにご協力をお願いいたします。

9 画像・レポートについて

※下欄にチェックが無い場合は、CD(Viewer付)とレポートを宅配便にて送付させていただきます。

画像の媒体

画像の返送方法

- フィルム  宅配便  患者様持ち帰り
- CD (Viewer付)  宅配便  患者様持ち帰り
- CD (Viewer無)  宅配便  患者様持ち帰り

レポートの返送方法

- 宅配便
- FAX (原本は後日送付いたします)
- 患者様持ち帰り

ご予約時にお申し付けください(時間帯によりお持ち帰り出来ない場合がございます)。

予約 TEL 0120-973-019

FAX 番号 029-853-0071

② 貴院控え

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

(検査依頼票)

# 診療情報提供書

次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

2

依頼元コード

紹介元医療機関名  
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 来院予約日時

患者様から予約のお電話をいただく場合

遅れる場合は当日でも来院前までにご連絡願います。

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

※上記の時間は来院時間です。上記時間より検査開始まで30分程かかります。

4

下記は患者様から予約電話をいただく場合に記載ください

検査部位

貴院次回診察日

未定 月 日 午前・午後

5 検査区分

MRI  CT

6 造影区分

- アレルギー(ヨード[CT])、喘息、妊娠、Crの値が高い方は検査が出来ません。
- 透析治療中の場合は、0120-973-019までご連絡ください。

無  有  一任

点線枠内の確認事項は、来院前に必ずご記入ください

## ご来院前の確認事項

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(0120-973-019)。

### (1) 検査を受ける全ての方

1. 下記の体内金属がある方は、MRI検査が出来ません。該当するものはありますか？  
心臓ペースメーカー、人工内耳・中耳、脳脊髄刺激電極、体内埋め込み式のインスリンポンプ、磁石式の人工肛門、置き針、金属製の義眼 いいえ・はい
2. (MRI検査の方で) 上記以外の体内金属はありますか？  
※体内金属の種類により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)  
お電話でご連絡いただいた際、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。 いいえ・はい
3. (頭部又は頸部MRI検査の方で) 歯科治療でブリッジ、インプラント、磁石埋め込み式、矯正具等の金属を使用していますか？  
※磁石埋め込み式をされている方は、磁力低下の恐れがございます。当院では同意書に署名いただいたうえで検査を実施いたしております。 いいえ・はい
4. (胸部CT検査の方で) メドトロニック社製の心臓ペースメーカーを装着されていますか？ いいえ・はい
5. 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？ いいえ・はい
6. (MRI検査の方で) 刺青・アートメイクをしていますか？(範囲や場所によっては検査が出来ない場合がございます)  
※材質によって変色することが稀でございます。当院では同意書に署名いただいたうえでMRI検査を実施いたしております。 いいえ・はい
7. 閉所恐怖症ですか？ いいえ・はい

### (2) 造影の区分(上記⑥)が「有」・「一任」の方

1. 腎臓のご病気や腎臓障害がありますか？  
《お願い》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。 いいえ・はい
2. 喘息と診断されたことがありますか？ いいえ・はい
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？ いいえ・はい
4. 感染症はありますか？(肝炎・HIV・梅毒など) いいえ・はい
5. 現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

フリガナ 氏名 Name	男 / 女 MALE / FEMALE	生年月日 Date of birth	明・大 昭・平	年 (y)	月 (m)	日 (d)
ご住所 Address	電話番号 TEL		携帯・自宅・勤務先			

右記説明にある画像使用に同意できません。 ※「はい」の方は  をしてください。

今回撮影しました画像データは、医学発展の為に学術利用させていただく場合がございます。(個人情報等は全て削除いたします)ご承諾くださいますようお願いいたします。

地図、注意事項、食事制限については、裏面をご参照ください

③ 患者様持参用(検査当日持参用)

# 食事制限、料金、検査当日について

## 食事制限

おなかの検査（腹部）や造影検査（有または一任）の方 …… **検査4時間前より食事制限あり（お水・お茶は可）**  
 その他の検査を受ける方 …… **飲食の制限はありません。**  
 ※骨盤CT、膀胱MRI検査を受診される方は、検査の2時間前からトイレ（排尿）をお控え下さい。

## 検査料金

(3割負担目安)

MRI（非造影）・・・8,000円～9,000円	CT（非造影）・・・7,000円～8,000円	追加CD・・・2,100円
MRI（造影）・・・13,000円～15,000円	CT（造影）・・・11,000円～12,000円	

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【1階受付】へお越し下さい。

予約票(本書) + 保険証

【当日ご持参いただくもの】

- 予約票（本書）  
裏面のご記入をお願いします
- 保険証  
を忘れずにご持参ください

※来院時間に遅れそうな場合はお電話ください。  
 （他の検査との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、予約当日に検査が出来ない場合がございます）  
 電話：0120-973-019

### 2 受付後は、問診、検査説明、お支度後に、検査開始となります。

ご来院受付から会計終了までの流れは下記ですが、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。  
 ご都合の悪い場合は、予約日時の変更も出来ますので、0120-973-019までご連絡ください。



検査前 約20～30分 | 検査 約20～60分 | 検査後 約20～30分

ご来院からお帰りまでの所要時間 約60分～120分

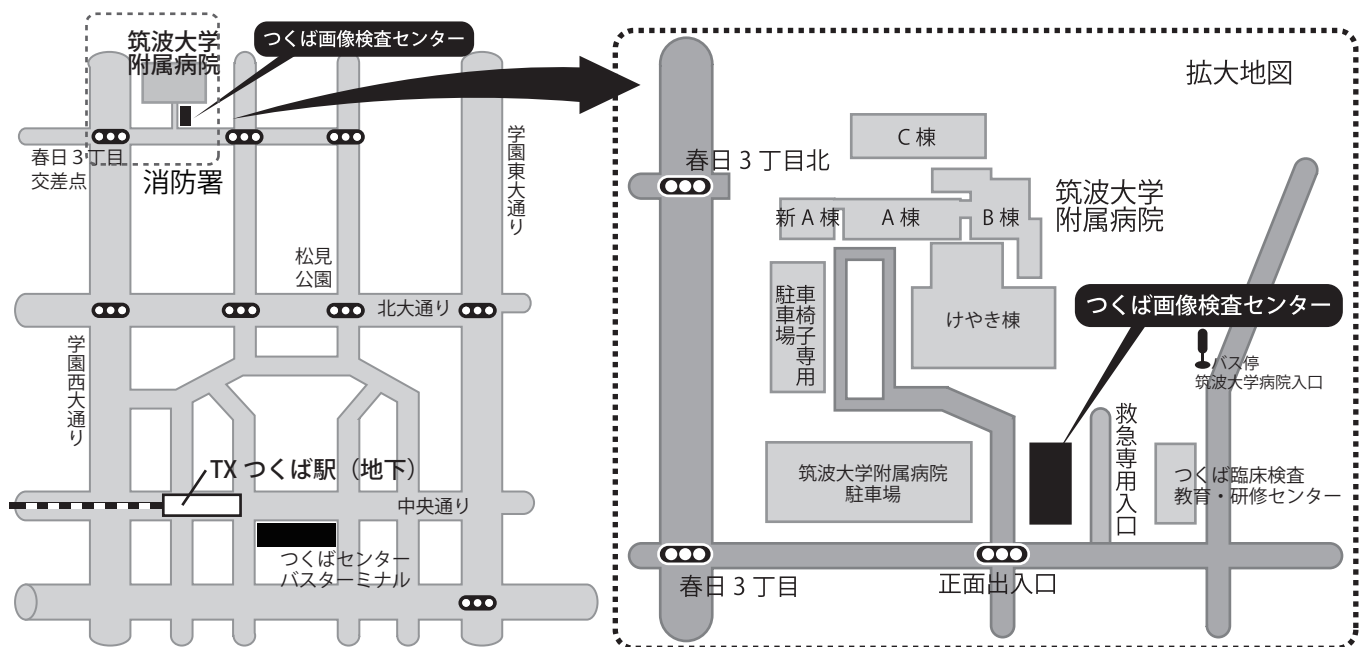
## ご案内地図

### ● 鉄道・バスをご利用の方へ

つくばセンターバスターミナル6番のりばからバスで5～10分  
 行き先：筑波大学循環（右回り）または、筑波大学中央  
 降車：筑波大学病院入口のバス停

### ● お車でお越しの方へ

当センター専用の駐車場には限りがございます。  
 満車の場合は、近隣の有料駐車場をご利用ください。



次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

〒305-0005 茨城県つくば市天久保 2-1-16

月～金 9:00～18:00

土 9:00～13:00

☎ 0120-973-019

日・祝 休診