

この度は、お申込みいただきましてありがとうございます。

ご予約いただいた検査部位に○・黄色のマーカ一部分へ日時・検査場所をご記入ください。

脊椎ドック **(腰椎・胸椎・頸椎)**

下記および別紙記載事項をご確認の上ご来院ください。

当日の流れ **※MRI・CTの検査場所と診察場所が異なりますのでご注意ください。**

予約日： 20 年 月 日 ()

【検査】時間： 時 分メディカルスキャニングにて検査(MRI・CT)を行います。

(地図は別紙をご参照ください。)

※開始時刻の10分前には受付へご到着ください。検査時刻に遅れた場合、検査を受けられないことがあります。必ず事前に東京腰痛クリニックへご連絡をお願いします。

検査終了後、検査結果(CD-ROM)をお受け取りいただき、東京腰痛クリニックへお越しください。

【診察】時間： 時 分東京腰痛クリニックにて診察の前にレントゲン撮影を行います。

受付登録、画像取り込みもごございますので開始時刻の10分前にはご到着をお願いします。

(地図は同封しております別紙をご参照ください)

■ お持ちいただくもの

【東京腰痛クリニック】 ※①～③は事前にご記入の上、ご持参ください。

- ① 脊椎ドックのご説明・同意書
- ② 診察申込票
- ③ 問診票(緑色の用紙)
- ④ 服用中のお薬名がわかるもの(アプリでの登録の場合は問診票にお薬名をご記入ください。)
- ⑤ マイナンバーカード(保険証)
- ⑥ MRI・CT検査終了後、渡されます検査結果(CD-ROM)

■ ドック負担額： 1か所 60,500円(税込) 2か所 121,000円(税込) 3か所 181,500円(税込)

※ご予約いただいた検査数により金額が異なります。

・診察終了後、東京腰痛クリニックにてお支払いをお願いいたします。(クレジットカード利用可能)

・検査終了後に万が一、診察にいらっしやらなかった場合でも全額ご負担いただきます。

・脊椎ドック後、術前検査を行った場合は術前検査代とし、約30,000円が脊椎ドック代とは別にかかります。(手術内容により異なります。)

■ 脊椎ドックを受診される注意事項

・MRI・CT検査を受ける際の注意点は、同封しております「MRI・CT検査をお受けになる方へ」に該当事項がございましたら事前に東京腰痛クリニックへご連絡ください。

・キャンセル又は、日時をご変更される場合は、7診療日前までにご連絡ください。キャンセル料は以下の通りです。4～5診療日前…ドック負担額の30%、3診療日前50%、1診療日前70%、当日100%

・診察開始時刻は、診療の内容や状況に応じて予約時刻よりもお待たせしてしまう場合がございます。できる限り予定時刻にできるよう努めますが予めご了承くださいませ。



東京腰痛クリニック

TEL : 03-5537-3885 FAX : 03-3572-3778

脊椎ドック(脊椎精密検査)のご説明・同意書

脊椎ドック(脊椎精密検査)とは、日本脊椎脊髄ドック協会のガイドラインに沿った検査法であり、その目的は、脊椎の詳細な画像撮影と脊椎専門医による高いレベルの診断によって、一人ひとりの症状にあった適切な治療法の選択へとつなげていくものです。

保険診療とは異なり、検査メニューの全てを1日で詳しく実施して、脊椎専門医による丁寧な結果説明が受けられます。

また、症状が軽度であっても脊椎の疾患やその前兆が内在している場合もあり、この検査法でそれらを知り、日常生活における様々な対処法の指導・提案を受けることによって悪化防止や発病予防につなげていくことも目的としています。

<脊椎ドック(脊椎精密検査)の内容>

- 1) 脊椎ドック(脊椎精密検査)では3種類の検査を行います。
MRI検査・CT検査(3次元画像)・X線検査
- 2) 検査部位は、頸椎・胸椎・腰椎の3箇所があり、1箇所から3箇所まで同日に受けることが可能です。
- 3) MRI検査とCT検査は、画像検査施設(メディカルスキヤニング、八重洲クリニックなど)で行います。X線検査と検査結果説明は、東京腰痛クリニックにて行います。
- 4) 費用は、自費診療であり、頸椎・胸椎・腰椎のいずれか1か所で60,500円(税込)、2か所で121,000円(税込)、3か所で181,500円(税込)です。
- 5) オプションドックについて
症状に応じて痛みやしびれ等の原因特定の為に検査が追加になる場合があります。
神経根造影・椎間板造影があり、各22,000円(税込)です。
- 6) 1日で終了しますが、所要時間は検査開始から結果説明までで約5時間程度要します。
検査を行う部位数や症状によってかかる時間には個人差があります。
- 7) 検査結果説明は、脊椎専門医によって懇切丁寧に行われます。疑問や質問に対して出来る限りご納得がいかれるまでお答えいたします。
- 8) 検査結果説明の際には、ご家族や保護者の方のご同席をお勧めいたします。
- 9) キャンセルについて、期日までにご連絡をいただけない場合、キャンセル料が発生する場合がございますので予めご了承ください。

以上の文章を読まれ、その内容をご理解され、脊椎ドック(脊椎精密検査)を受けられることに同意いただける場合は、以下にご署名をお願い致します。

私は上記内容を確認し、脊椎ドック(脊椎精密検査)を受けることに同意します。

年 月 日 氏 名 :

代筆者名 :

続柄 :

代筆理由:

診療中の録画や録音、写真撮影は原則禁止とさせていただきます。ご協力をお願いいたします。

東京腰痛クリニック

診察申込票 REGISTRATION FORM ※印部分は必ずご記入ください

No.	← (こちらで記入いたします)	受付日	年	月	日
※ NAME (ローマ字表記)	(大文字でご記入ください)				
※ ふりがな 氏名					
※ 生年月日 Date of Birth	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	才 (<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性)
		Year	Month	Day	Age Sex (M) (F)
※ 住所 Address	〒 -				
※ 電話番号 Phone number	ご自宅 () - 携帯 - -				
職業 Occupation	<input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 自由業 (弁護士・税理士など) <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 年金を受給されている <input type="checkbox"/> パートアルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()				
勤務先名					
勤務先電話番号	() -				
当クリニックを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 本・雑誌 (<input type="checkbox"/> 予約殺到!スゴ腕の専門外来 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 知人・家族紹介 <input type="checkbox"/> インターネット (資料請求: <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない) <input type="checkbox"/> SNS (<input type="checkbox"/> YouTube・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> TV (<input type="checkbox"/> TBS 健康カプセル元気の味方 <input type="checkbox"/> その他のTV) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> その他 () ※当てはまる物全てにチェックして下さい				

※ 当院では、転記間違いを防ぐため、保険証のコピーを頂いておりますのでご了承下さい。
お預かりした個人情報は、安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持致します。

東京腰痛クリニック

※ 当院では、オンライン資格確認サービスを行っております。保険証、限度額区分、枝番、住所の情報取得を希望されない場合はお申し出ください。

診察を受けられる前に両面ご記入ください

ID _____

(この書面については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします)

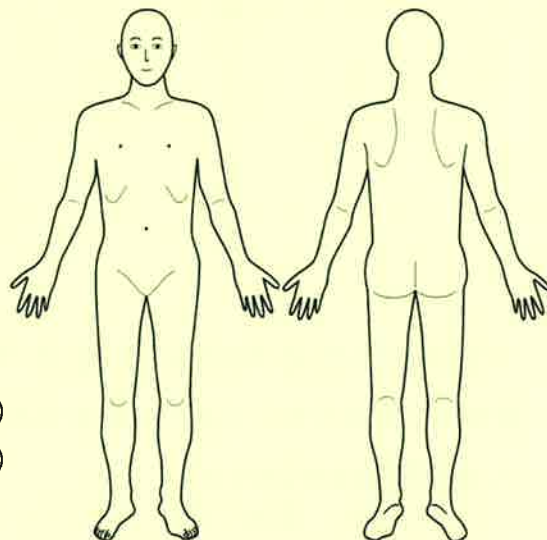
氏名

様 (歳) 受診日

年 月 日

① 本日はどのような症状で来院されましたか。

※いつからか、どのようなきっかけで発症したのかも記入してください



痛いところは赤で、しびれは黒で色を塗ってください。

● 今回の症状で他の医療機関を受診又は治療をしていますか。

いいえ はい 病院名()
内服・注射・リハビリ・手術・その他()

● 当院はどのような目的で受診されましたか。

画像検査 注射 内服 リハビリ 手術
 その他()

② 今までにかかったことのある病気又は治療中の病気にチェックを入れ、治療開始年齢を記入して下さい。

高血圧(歳) 糖尿病(歳) 脂質異常症(歳) 心臓病(歳) 腎臓病(歳)
 肝臓病(歳) 脳梗塞・脳出血(歳) 悪性腫瘍(歳) その他()

● 入院又は手術をされたことがある方は病名と病院名を記入して下さい。(わかる範囲で結構です)

【 (歳)】 【 (歳)】
【 (歳)】 【 (歳)】
【 (歳)】 【 (歳)】

③ 現在お薬を飲んでいますか。※お薬手帳をお持ちでない方はわかる範囲でお薬名を記入して下さい。

いいえ はい ()

④ アレルギーはありますか。アレルギーのあるものに○をつけて下さい。

いいえ はい 薬剤() 食物()
麻酔薬・造影剤・金属・アルコール綿・イソジン(ヨード)・シップ・絆創膏
ゴム製品・花粉症・喘息・アトピー性皮膚炎・その他()

⑤ タバコについて 吸わない 吸う(本/日) 以前吸っていた(年前まで 本/日 年間)

⑥ お酒について 飲まない 飲む 何を() どれくらい()

⑦ 日常生活でよくする動作に○をつけて下さい。職業 ()

デスクワーク・立ち仕事・力仕事・運転・重量物運搬・中腰での作業・手作業・その他 ()

⑧ 介護認定を受けていますか。 いいえ 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

⑨ ペースメーカー等体内に金属は入っていますか。 いいえ 体内金属あり()

⑩ 妊娠中又は授乳中ですか。 いいえ 妊娠中または妊娠の可能性あり 授乳中

⑪ 身長と体重を記入して下さい。(身長 cm)(体重 kg)

⑫ 同居されている方に○をつけてください。ご自身を含めて () 人暮らし

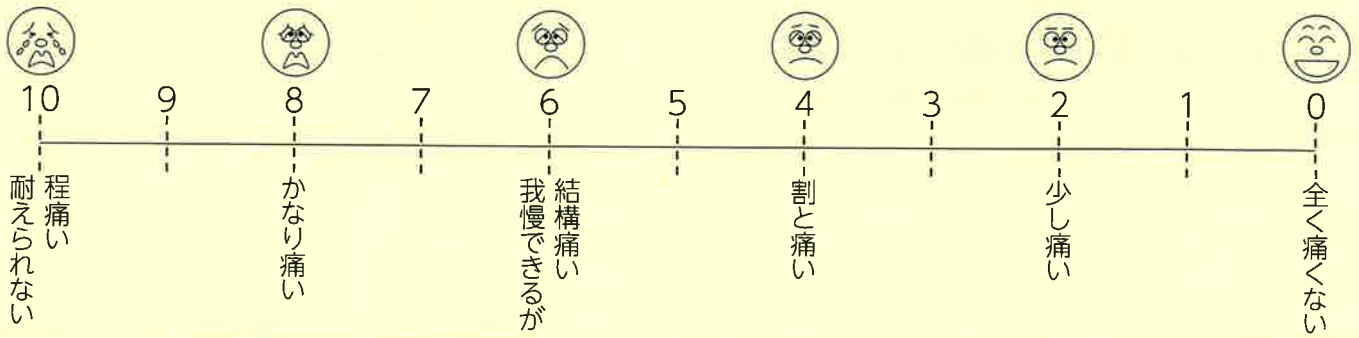
配偶者・父・母・子・兄弟・その他 ()

本人以外の連絡先 名前 _____ 続柄 _____ 電話 _____

診察を受けられる前に両面ご記入ください

(この書面については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします)

◆今の痛みの程度を数字でいえばいくつに相当しますでしょうか？横線上に×印をつけて下さい。



※腰痛のある方のみお答え下さい。(腰痛以外の方は結構です。)

◆該当する番号を○で囲み、点数を合計して下さい。

A. 現在腰痛はありますか？

- 0. 常に激しい腰痛がある。(寝返りも難しい)
- 1. いつも腰痛、あるいはときにかなりの腰痛(歩けないほど)がある。
- 2. ときに腰痛が気になる。
- 3. 全く腰痛がない。

B. 下肢(お尻～足)の痛みやしびれはありますか？

- 0. 常に激しい下肢痛、しびれがある。
- 1. いつも下肢痛、しびれ、あるいはときにかなりの下肢痛、しびれがある。
- 2. ときに痛み、しびれが気になる。
- 3. 全く痛みやしびれがない。

C. 歩行に伴う不都合はありますか？

- 0. 続けて歩ける距離は100m以下である。
- 1. 100m～500mで休まなければならない。
- 2. 500m以上歩けるが痛みやしびれを伴う。
- 3. 正常に歩行できる。

D. 足の感覚が鈍いように感じますか？

- 0. 鈍く感じる。
- 1. 時々鈍いと思うことがある。
- 2. 正常である。

E. 足の力はどうか？

- 0. 立ってズボンがはけない、足首をひねりやすい、あるいはスリッパが抜けやすい。
- 1. 時々(0)のようなことがある。
- 2. 正常である。

F. 寝返りはどうですか？

- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

G. 座った姿勢から立ち上がるのはどうですか？

- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

H. 洗顔はどうですか？

- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

I. 中腰の作業はどうですか？

- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

J. 長時間座っていることはどうですか？

- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

K. 重いもの(10kg程度)を持ち上げることはどうですか？

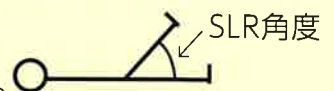
- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

L. 駆け足はどうですか？

- 0. 困難である。
- 1. ときに困難なことがある。
- 2. 簡単にできる。

M. あお向けに寝て悪い方の脚の膝を伸ばして何度程挙上できますか？

- 0. SLRは30°未満。
- 1. 30°～70°の範囲。
- 2. 70°以上挙げられる。



N. 排尿はどうですか？(マイナス点)

- 6. 尿が出せない、あるいはもらしてしまう。
- 3. 勢いが弱い、残った感じがする、あるいは尿回数が多い。(夜間に2回以上)
- 0. 正常である。

合計()点/満点29点