

## 放射線・生理機能検査

## 総合東京病院 診療情報提供書

FAX:03-3387-5417

紹介先

〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2  
医療法人財団 健貢会 総合東京病院  
医療連携支援センター  
TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)  
FAX:03-3387-5417(地域連携室直通)

地域連携室直通

検査予約日	年 月 日 ( )
	□AM □PM 時 分
フリガナ	生年月日 年 月 日 ( 歳)
患者氏名 様	□M・□F 電話番号

検査種別	□CT・□MRI ( □単純 / □造影 )	□X-P	※ 検査部位は下記へ記入ください
	□マンモグラフィ	□骨塩定量 □DIP(排泄性尿路造影)	□消化管造影 (□上部・□下部)
	□超音波検査	□心臓・□頸動脈・□腹部・□乳腺・□その他( ) □PWV・□ABI	
	□心電図	□24時間ホルター / □トレッドミル負荷	□その他 ( )

検査部位	□頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □骨盤腔	検査画像	種類	□フィルム □CD-R □不要
	□頸椎 □胸椎 □腰椎 □血管 ( )		方法	□手渡し □郵送
	□四肢・関節(□右・□左) □肩・□肘・□手・□股・□膝・□足			
	□その他 ( )			

検査目的 症状経過	※別紙詳細があれば添付でも可です。
--------------	-------------------

この検査で緊急を要する所見が見つかった場合、当院の診療科を受診して頂く事は可能ですか

□可・□不可

## ◆下記事項のチェックをお願い致します。

全ての検査	● アレルギー □無・□有 ⇒ ( )
	● 感染症 □無・□有 ⇒ ( )
	● 気管支喘息 □無・□有 ⇒ 現在治療中 ( □吸入薬 ・ □経口薬 )
CT・MRI	● ペースメーカー □ICD・□CRTD □無・□有
	● 手術歴 □無・□有 ⇒ ( )
	● 体内金属 □無・□有 ⇒ ( )
	● 磁気入れ歯 □無・□有
	● 閉所恐怖症 □無・□有
	● 妊娠 □無・□有
	● 糖尿病 □無・□有 ⇒ ( 薬剤名: )
造影検査のみ	● 腎機能 ( クレアチニン値: ) ※3ヶ月以内の数値をお願い致します

紹介元医療機関名 (所在地・名称・TEL・FAX)

依頼年月日:

年 月 日

TEL:

FAX:

診療科名

医師氏名

## 放射線・生理機能検査

## 総合東京病院 診療情報提供書

FAX:03-3387-5417

紹介先

〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2  
医療法人財団 健貢会 総合東京病院  
医療連携支援センター  
TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)  
FAX:03-3387-5417(地域連携室直通)

地域連携室直通

フリガナ	検査予約日	年 月 日 ( )		
		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	時 分
患者氏名	様	生年月日	年 月 日 ( 歳)	電話番号

検査種別	<input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純 / <input type="checkbox"/> 造影 )		<input type="checkbox"/> X-P	※ 検査部位は下記へ記入ください	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> DIP(排泄性尿路造影)	<input type="checkbox"/> 消化管造影 ( <input type="checkbox"/> 上部・ <input type="checkbox"/> 下部 )	
	<input type="checkbox"/> 超音波検査		<input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 頸動脈・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 乳腺・ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> PWV・ <input type="checkbox"/> ABI
	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 24時間ホルター / <input type="checkbox"/> トレッドミル負荷		<input type="checkbox"/> その他 ( )	

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔	検査画像	種類	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 血管 ( )		方法	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送
<input type="checkbox"/> 四肢・関節 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 肩・ <input type="checkbox"/> 肘・ <input type="checkbox"/> 手・ <input type="checkbox"/> 股・ <input type="checkbox"/> 膝・ <input type="checkbox"/> 足				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				

検査目的 症状経過	※別紙詳細があれば添付でも可です。
--------------	-------------------

この検査で緊急を要する所見が見つかった場合、当院の診療科を受診して頂く事は可能ですか

可・不可

## ◆下記事項のチェックをお願い致します。

全ての検査	● アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )
	● 感染症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )
	● 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 現在治療中 ( <input type="checkbox"/> 吸入薬・ <input type="checkbox"/> 経口薬 )
CT・MRI	● ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD・ <input type="checkbox"/> CRTD <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	● 手術歴 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )
	● 体内金属 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )
	● 磁気入れ歯 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	● 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	● 妊娠 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	● 糖尿病 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( 薬剤名: )
造影検査のみ	● 腎機能 ( クレアチニン値: ) ※3ヶ月以内の数値をお願い致します

紹介元医療機関名 (所在地・名称・TEL・FAX)

依頼年月日:

年 月 日

TEL:

FAX:

診療科名

医師氏名

【貴院 控え】

## 放射線・生理機能検査

## 総合東京病院 診療情報提供書

FAX:03-3387-5417

地域連携室直通

紹介先 〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2  
医療法人財団 健貢会 総合東京病院  
医療連携支援センター  
TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)  
FAX:03-3387-5417(地域連携室直通)

検査予約日	年 月 日 ( )
	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時 分

フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
患者氏名	様 <input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> F	電話番号

検査種別	<input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純 / <input type="checkbox"/> 造影 )	<input type="checkbox"/> X-P	※ 検査部位は下記へ記入ください
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> DIP(排泄性尿路造影)
	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 頸動脈・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 乳腺・ <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 24時間ホルター / <input type="checkbox"/> トレッドミル負荷	<input type="checkbox"/> PWV・ <input type="checkbox"/> ABI
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 《検査を受けられる患者様へ》 事前にならざるお読みください

- ・検査予約時間の20分前に中央棟1階②番「受付」にお越しください。
- ・検査当日は予約票・保険証・診療情報提供書・診察券(当院再診の場合)をご提示ください。
- ・受付終了後、各種検査受付へお越しください。
- ・検査室内では医師や看護師、担当技師などスタッフの指示に従ってください。
- ・診療の都合上、緊急を要する方を優先する場合がありますので、予めご了承ください。

## 交通機関

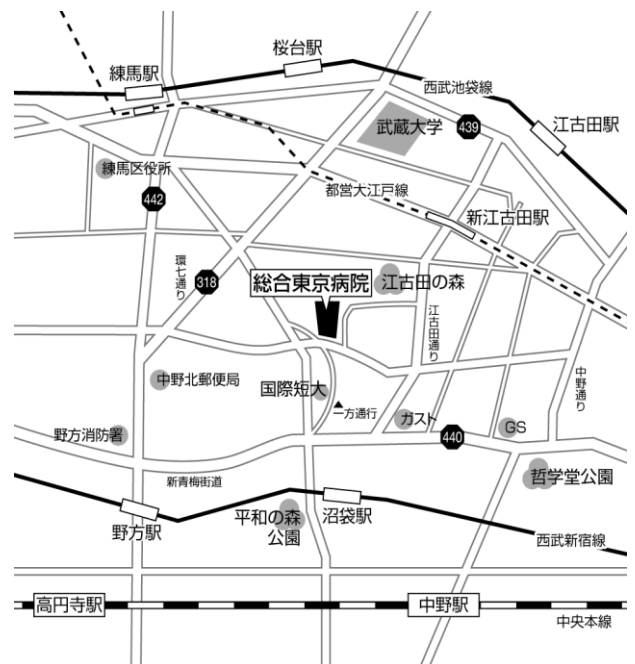
- 電車 西武新宿線 沼袋駅下車 徒歩15分
- 地下鉄 都営大江戸線 新江古田駅下車 徒歩10分
- バス
  - ・中野駅北口 関東バス ①のりば「中27江古田の森」行き  
「総合東京病院」下車 徒歩0分
  - 京王バス ⑦のりば「中92練馬駅」行き  
「浄風園前」下車 徒歩3分
  - ・練馬駅北口 関東バス ⑤のりば「練22中野駅」行き  
「総合東京病院(下徳田橋)」下車 徒歩0分
  - 京王バス ②のりば「中92中野駅」行き  
「浄風園前」下車 徒歩3分

## ■無料シャトルバス

- ・練馬駅、野方駅、桜台駅より無料シャトルバスを運行しています。  
詳しくは当院ホームページをご覧ください。



## 《 総合東京病院 付近案内図 》



〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2

医療法人財団 健貢会 総合東京病院

TEL:0570-00-3387(予約・相談ダイヤル)

https://www.tokyo-hospital.com