

## 核医学検査

## 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

※ 検査の準備がありますので、予約時間の30分前にはご来院ください。

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	脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> 安静 ( <input type="checkbox"/> もの忘れ ・ <input type="checkbox"/> 脳血管障害 )
	骨シンチ	<input type="checkbox"/> 全身
	その他	

※キャンセルにつきましては、検査前日の15時までに地域連携室までご連絡ください。

検査目的 症状経過	
--------------	--

◆ 下記事項のチェックをお願い致します。(必ずご記入ください)

感染症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	認知症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明
妊娠	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	検査中の付添	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
30分程の静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否	チューブ類	<input type="checkbox"/> DIV・ <input type="checkbox"/> ドレーン・ <input type="checkbox"/> 酸素・ <input type="checkbox"/> フォーレ・ <input type="checkbox"/> ストーマ
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	歩行	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ( <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー )
オムツ使用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

◆ その他 検査に関わる留意点・体内異物等

--

紹介元医療機関名(所在地・名称・TEL・FAX)	依頼年月日: 年 月 日
TEL:	診療科名
FAX:	医師氏名

※ 検査画像はCD-Rのみとさせていただきます。

## 核医学検査

## 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

※ 検査の準備がありますので、予約時間の30分前にはご来院ください。

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	脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> 安静 ( <input type="checkbox"/> もの忘れ ・ <input type="checkbox"/> 脳血管障害 )
	骨シンチ	<input type="checkbox"/> 全身
	その他	

※キャンセルにつきましては、検査前日の15時までに地域連携室までご連絡ください。

検査目的 症状経過	
--------------	--

◆ 下記事項のチェックをお願い致します。(必ずご記入ください)

感染症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	認知症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明
妊娠	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	検査中の付添	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
30分程の静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否	チューブ類	<input type="checkbox"/> DIV・ <input type="checkbox"/> ドレーン・ <input type="checkbox"/> 酸素・ <input type="checkbox"/> フォーレ・ <input type="checkbox"/> ストーマ
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	歩行	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ( <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー )
オムツ使用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

◆ その他 検査に関わる留意点・体内異物等

( )

紹介元医療機関名(所在地・名称・TEL・FAX)	依頼年月日: 年 月 日
TEL:	診療科名
FAX:	医師氏名

※ 検査画像はCD-Rのみとさせていただきます。

【貴院 控え】

**核医学検査**

**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

**※ 検査の準備がありますので、予約時間の30分前にはご来院ください。**

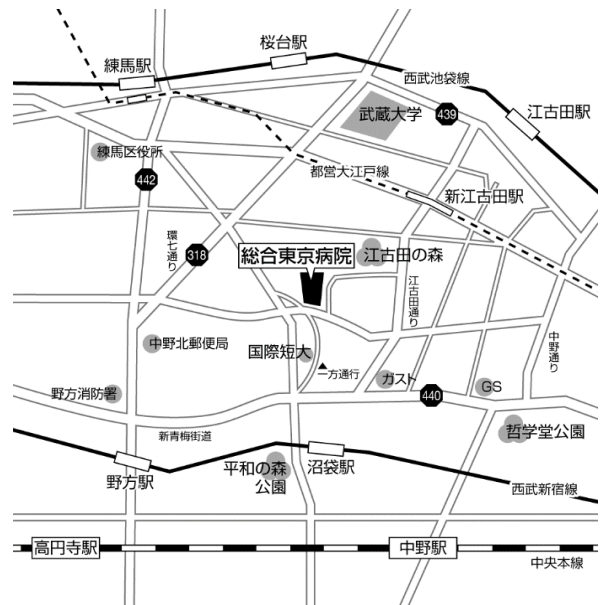
フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
患者氏名	様 <input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> F	電話番号

**※キャンセルにつきましては、検査前日の15時までに地域連携室までご連絡ください。**

**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>