

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 ()
	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時 分

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> F	年 月 日 (歳)	
住所	〒	電話	(昼間連絡がとれる所/携帯可)	
患者確認事項	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名)・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院中	身長	cm 体重 kg

臨床診断	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 腓膵 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 骨軟部組織腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍()			
画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> 他()	実施日	年 月 日	
病理検査	* 施行した病理と結果 * 施行していない場合には理由をご記入下さい。		実施日	年 月 日
腫瘍マーカー	* 施行項目と結果		実施日	年 月 日
検査目的 症状経過 (既往歴)	※別紙詳細があれば添付でも可です。			

※画像検査・病理検査・腫瘍マーカー検査の実施なき場合、自費となる可能性がございます。

◆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)

●告知	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	●認知症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明
●感染症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	●歩行	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可(□車椅子・□ストレッチャー)
●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"/> ドレーンチューブ・ <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	●ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ペースメーカー以外の体内異物()
●オムツ使用	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	●その他	検査に関わる留意点等
●支払	保険 自費	()	
■到着希望日	月 日		

※ご希望に添えない場合がございます。

紹介元医療機関 (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

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 健頁会 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 ()
	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時 分

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> F	年 月 日 (歳)	
住所	〒	電話	(昼間連絡がとれる所/携帯可)	
患者確認事項	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名)・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院中	身長	cm 体重 kg

臨床診断	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 膝癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 骨軟部組織腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍()			
画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> 他()	実施日	年 月 日	
病理検査	* 施行した病理と結果 * 施行していない場合には理由をご記入下さい。		実施日	年 月 日
腫瘍マーカー	* 施行項目と結果		実施日	年 月 日
検査目的 症状経過 (既往歴)	※別紙詳細があれば添付でも可です。			

※画像検査・病理検査・腫瘍マーカー検査の実施なき場合、自費となる可能性がございます。

◆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)

●告知	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	●認知症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明
●感染症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	●歩行	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可(□車椅子・□ストレッチャー)
●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"/> ドレーンチューブ・ <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	●ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ペースメーカー以外の体内異物()
●オムツ使用	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	●その他	検査に関わる留意点等
●支払	保険 自費	()	
■到着希望日	月 日		

※ご希望に添えない場合がございます。

紹介元医療機関 (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

【貴院 控え】



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		性別	生年月日		
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> F	年 月 日 (歳)		
住所	〒	電話	(昼間連絡がとれる所/携帯可)		
患者確認事項	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名)・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院中	身長	cm	体重 kg

《検査を受けられる患者様へ》 事前にならずお読みください

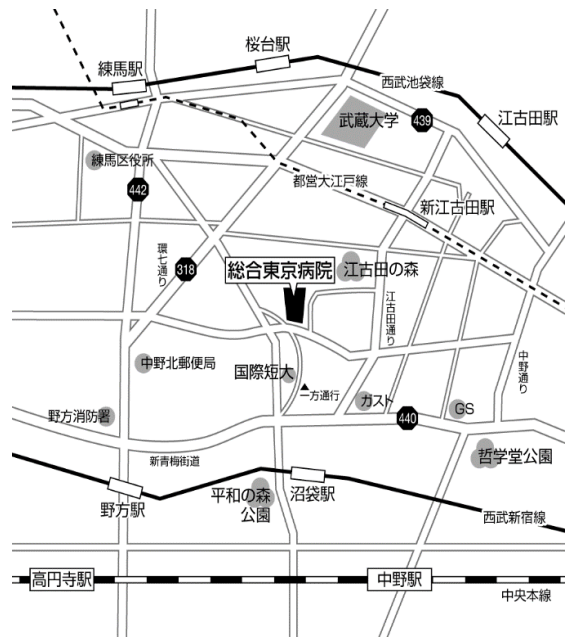
- ・検査予約時間の45分前までに中央棟1階「総合受付」にお越しください。
- ・検査当日は予約票・保険証・診療情報提供書・CT、MRI等の検査データ・診察券(当院再診の場合)をご提示ください。
- ・検査室内では医師や看護師、担当技師などスタッフの指示に従ってください。
- ・診療の都合上、緊急を要する方を優先する場合がありますので、予めご了承ください。

※検査の詳細については、別紙「PETを受けられる患者様へ」をご参照ください。

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>