

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)
 TEL:03-3387-5421(病院代表)

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)
	超音波検査	消化管造影(上部・下部)	
	心電図	心臓・頸動脈・腹部・乳腺・その他()	PWV・ABI
	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
	四肢・関節(右・左) 肩・肘・手・股・膝・足		郵送	
	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
造影検査のみ	● 糖尿病 無・有 ⇒ (薬剤名:)
	● 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:	診療科名
FAX:	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

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)
 TEL:03-3387-5421(病院代表)

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
	四肢・関節(右・左) 肩・肘・手・股・膝・足		郵送	
	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	
造影検査のみ	● 糖尿病	無・有	⇒ (薬剤名:)
	● 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:	診療科名
FAX:	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

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)
 TEL:03-3387-5421(病院代表)

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 ()	

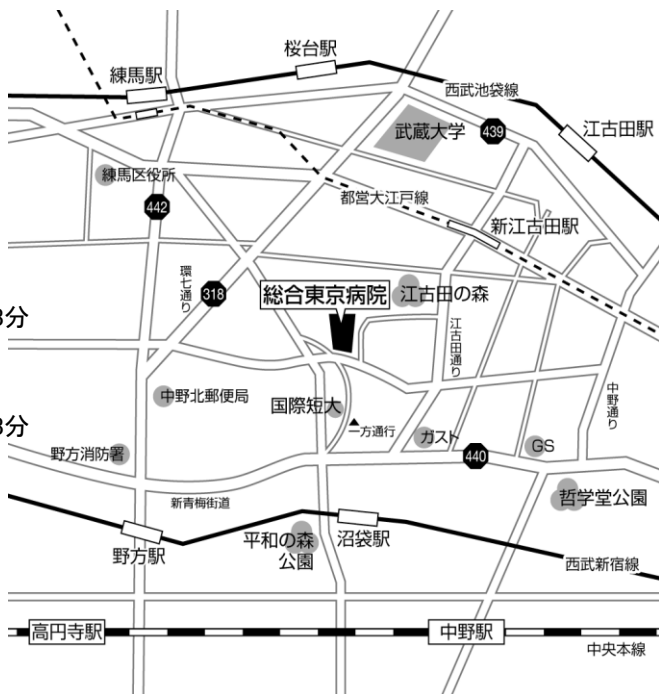
《検査を受けられる患者様へ》 事前にはかならずお読みください

- ・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10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25練馬駅」「中27江古田の森」「中28江古田駅」行「総合東京病院」下車 徒歩0分
 - ・中野駅北口 京王バス⑦のりば 「中92練馬駅」行「浄風園前」下車 徒歩3分
 - ・練馬駅北口 関東バス⑤のりば 「中25中野駅」行「総合東京病院(下徳田橋)」下車 徒歩0分
 - ・練馬駅北口 京王バス②のりば 「中92中野駅」行「浄風園前」下車 徒歩3分
 - ・江古田駅南口 関東バス①のりば 「中28中野駅」行「総合東京病院」下車 徒歩0分

《 総合東京病院 付近案内図 》



※無料送迎バスもございます。詳細はHPをご覧ください。

〒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:03-3387-5421(病院代表)
<http://www.tokyo-hospital.com>