放射線·生理機能検査

FAX:03-3387-5417

〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2 地域連携室直通 紹介先 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 年 月 日 () TEL:03-3387-5444(地域連携室直通) 検査予約日 FAX:03-3387-5417(地域連携室直通) $\square AM$ □РМ 時 分 丘 月 歳 日 (フリガナ 生年月日 患者氏名 $\square M \cdot \square F$ 雷話番号 様 □CT · □MRI (□単純 / □造影) $\sqcap X-P$ ※ 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) 検査種別 □超音波検査 □PWV•□ABI □心臓・□頸動脈・□腹部・□乳腺・□その他(□心雷図 ┃□24時間ホルター / □トレッドミル負荷 □その他(ロフィルム □頭 部 □頸 部 □胸 部 □腹部 □骨盤腔 □CD-R 種類 □頸 椎 □胸 椎 □腰 椎 □血 管 (□不要 検査部位 検査画像 □四肢・関節(□右・□左) □肩・□肘・□手・□股・□膝・□足 口手渡し 方法 口その他(□郵送 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、当院の診察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。 ● アレルギー □無・□有 \Rightarrow () 全ての検査 □無・□有) ● 感染症 \Rightarrow (気管支喘息 □無・□有 ⇒ 現在治療中 (□吸入薬 • □経口薬) ペースメーカー □ICD • □CRTD □無・□有 手術歴) □無・□有 ⇒ (体内金属 □無・□有 \Rightarrow (CT-MRI □無・□有 磁気入れ歯 閉所恐怖症 □無・□有 妊 娠 □無・□有 □無・□有 ⇒ (薬剤名: 糖尿病 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: 日 診療科名 TEL: 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

۸У	U3	-333	7-541	17
$\neg \wedge$. ບວ	- 000	/ 34	

紹介先	〒165-8906 東京都中野区江古田3-15 医療法人財団 健貢会 総合東京病	5-2 院	² 地域連携室直通						
	医療連携支援センター TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)				年		日()	
	FAX:03-3387-5417(地域連携室直通		検査予約日	□AM □	PM	時		分	
フリガナ			生年月日	4	年 月	1	日(歳)	
患者氏名	4	様	□M • □F	電話番号					
	□CT • □MRI (□単純	/	□造影)	□ X-P	※ 検査部	『位は下記	へ記入くだ	さい	
検査種別	□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)	
1天丘(至//)	□超音波検査 □心臓・□	□頸	動脈・□腹部	部・□乳腺・□-	その他()	□PWV•	□ABI	
	□ 心電図 □24時間ホルター / □ト	トレツ	ドミル負荷	□その他	()		
	□頭 部 □頸 部 □胸 部 [□腹	部 口旨	骨盤腔		イエ ル ア	ロフィル		
 検査部位	┃ □頸 椎 □胸 椎 □腰 椎 [□血	. 管()	 検査画像	種類	□CD- □不要		
기었 된 디카 I보	┃ □四肢・関節(□右・□左) □肩・□	コ肘	•□手 •□股	: •□膝 •□足			□手渡	J	
	口その他()		方法	口郵送		
10 11									
検査目的									
症状経過									
				*	別紙詳細がる	あれば添付	でも可です	t。	
この検査で	・ で緊急を要する所見が見つかった場合、当	当院の	の診察科を受	受診して頂く事は	は可能ですか	□□	· 口不可	ij	
◆下記事項						_			
	● アレルギー□無・□有		⇒ ()		
全ての検査	● 感染症 □無・□有 ● 気管支喘息 □無・□有	-	⇒ (⇒ 現在治療	中 (□吸入薬	□経口薬))		
	● ペースメーカー □ICD・□CRTI● 手術歴 □無・□有		□無・□有)		
CT•MRI	● 体内金属 □無・□有		→ (⇒ ()		
OT WIN	● 磁気入れ歯 □無・□有 ● 閉所恐怖症 □無・□有								
	● 妊 娠 □無・□有	1							
造影検査のみ	● 糖尿病 □無・□有 ● 腎機能 (クレアチニン値:	Ī	⇒ (薬剤名		3ヶ月以内の数	女値をお願い) <u>・</u> 致します)		
紹介元医療	機関名 (所在地・名称・TEL・FAX)			依頼年月日	3 :	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

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**

地域連携室直通

	医療連携支援センター TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)			検査予約日		年	月		日()
	FAX:03-338	37-5417(地域逗	直携室直通)	快宜了約日	□AM	□РМ		時		分
フリガナ				生年月日		年	月	E	(歳)
患者氏名			様	□M·□F	電話番号					
検査種別 -	□ст	• □MRI	(口単純 /	□造影)	□ Х-Р	*	検査部位は	下記~	——·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			頁動脈・□腹部・□乳腺・□その他()	□PW	V•□ABI	
	□心電図	□24時間ホル	/ター / □トレッ	バミル 負荷	□その他	()

≪検査を受けられる患者様へ≫ 事前に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

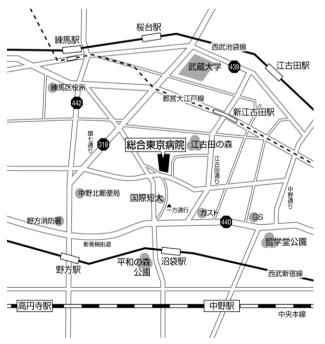
京王バス ②のりば「中92中野駅」行き 「浄風園前」下車 徒歩3分

■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