核医学検査

総合東京病院 診療情報提供書

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 FAX:03-3387-5417 地域連携室直通

FAX:03-3387-5417(地域連携室直通) ※ 検査の準備がありますので、予約時間の60分前にはご来院ください。 プリガナ 生年月日 年 月 日 (歳) 患者氏名	TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)		 	1	牛	月	H ()		
フリガナ 世名氏名		FAX:03-3387-5417(地域連携室直通)		快宜了利口	□AM [⊒РМ		時	分	
	※ 検査の準備がありますので、予約時間の60分前にはご来院ください。									
接査種別	フリガナ				生年月日	年		月	日(歳)
横査種別	患者氏名			様	□M·□F	電話番号				
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		脳血	流シンチ	□安静(口もの忘れ	- □脳血	管障害)		
※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	検査種別	骨	シンチ			口全	:身			
検査目的症状経過 本 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)		7	の他							
虚状経過 ◆ 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 □有・□無 妊娠 □有・□無 30分程の静止 □可・□否 閉所恐怖症 □有・□無 オムツ使用 □有・□無 本の他 歩行 一の中の付添 □のロシードレーン・□酸素・□フォーレ・□ストーマークストーマークを行った。 本行 □可・□不可(□車椅子・□ストレッチャー)・ペースメーカー・□無 本の他 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 診療科名 下EL:	※キャンセ	ヹルにつ	きましては、	検査前日 <i>0</i>)15時まで	に地域連	隽室ま	でご連	絡ください。)
感染症 □有・□無 認知症 □有・□無・□不明 妊娠 □有・□無 検査中の付添 □要・□不要 30分程の静止 □可・□不要 歩行 □可・□不可(□車椅子・□ストレッチャー) オムツ使用 □有・□無 ペースメーカ □有・□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 下EL: 下面氏名										
妊娠 □有・□無	◆ 下記事項	項のチェッ	クをお願い致し	<u>、ます。(必ず</u>	ご記入くださ	い)				
30分程の静止 □可・□否	感染症		□有 • □無	認知症	Ė	;	有・□	無・口]不明	
閉所恐怖症 □有・□無 歩行 □可・□不可(□車椅子・□ストレッチャー) オムツ使用 □有・□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 診療科名 下EL:	妊娠		□有 • □無	検査中の	付添	□要 ・ □不要				
オムツ使用 □有・□無 ペースメーカ □有・□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 診療科名 TEL:	30分程の静	静止 [□可 ・ □否	チューフ	ÿ類 □DI\	/・ロドレー:	ノ・口酸	素・口	フォーレ・ロス	トーマ
◆ 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 診療科名 TEL: 医師氏名	閉所恐怖	i症 [歩行	□□	· □不可	(口車	.椅子	□ストレッチャ	7 —)
紹介元医療機関名(所在地·名称·TEL·FAX) 依頼年月日: 年 月 日 診療科名 TEL: 医師氏名	オムツ使	.用 [ペースメ	一力		口有	□無		
診療科名 ————————————————————————————————————	◆ その他	検査に関	計わる留意点•何	本内異物等	ı					
	紹介元医療	療機関名(ア	听在地·名称·TI	EL•FAX)		依頼年月日	:	年	月	日
						診療科名				
						医師氏名				

総合東京病院 診療情報提供書

紹介先

〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2

FAX:03-3387-5417 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)					年	月	日()
	FAX:03-3387-5417(地域連携室直通)		検査予約日 	□АМ	□РМ		時	分	
	*	検査の準	備がありま	すので、予	約時間	の60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	□M·□F	電話番号	클			
	脳血	売シンチ	□安静(口もの忘れ	- □脳	血管障害	·)		
検査種別	骨	シンチ				全身			
	そ	の他							
※キャンt	マルにつき	きましては、	検査前日 <i>の</i>)15時まで	に地域選	重携室ま	でご連	絡ください。	·
検査目的 症状経過									
◆ 下記事 [」] 感染症	1	<u>)をお願い致し</u>]有 • □無	ノ <u>ます。(必ず</u> ┃ 認知症				□無 • □	不明	
- -		」 <u>有 · □無</u>]有 · □無	総知知 検査中の				」無		
30分程の計		」 「 	チューブ					<u>-</u> フォーレ・ロス	トーマ
閉所恐怖		<u></u>]有 ・ 口無	歩行					ロストレッチャ	
オムツ使]有 • □無	ペースメ				- 口無		<u> </u>
◆ その他	検査に関	わる留意点・体		-					
紹介元医療	療機関名(所	f在地·名称·TI	EL•FAX)		依頼年月	日:	年	月	日
					診療科名				
TEL: FAX:					医師氏名				

核医学検査

総合東京病院 診療情報提供書

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	 	
Æ		

EAY - 02-2227-5/17

検査予約日		年	月	日()
	□AM	□РМ		時	分

※ 検査の準備がありますので、予約時間の60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	 	□M • □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

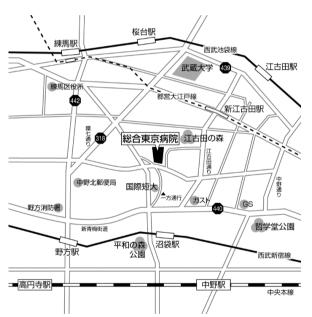
・練馬駅北口 関東バス ⑤のりば「練22中野駅」行き

「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

《総合東京病院 付近案内図》



■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。



〒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