

医療支援・連携室 行

FAX 044-733-6658

年 月 日

保険者番号							
記号・番号							
本人・家族	負担割合：1割・2割・3割						

後期高齢者医療・公費情報							
負担者番号							
受給者番号							

検査項目

第1希望日	月	日	(時)
第2希望日	月	日	(時)
第3希望日	月	日	(時)

紹介元医療機関の名称・所在地

名称	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師名	

フリガナ		性別		明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)

住所	〒	電話番号	- -
----	---	------	-----

聖マリアンナ医科大学東横病院への受診歴 (有・無・不詳) 診察券番号

検査予約患者紹介状 [FAX専用]

※ この1枚目は、FAX送信専用用紙です。

外来受付時間 平日 (初診・再診) 土曜日 (第2・4・5土曜日)
 午前8時30分～午前11時 午前8時30分～午前11時
 午後13時30分～午後16時

休診日 土曜日 (第1・3)・日曜日・祝祭日・年末年始 (12月29日～1月3日)
 10月第2土曜日 (開学記念日)

医療支援・連携室 受付時間 平日 土曜日
 午前8時30分～午後18時00分 午前8時30分～午後12時30分

- ☆ FAXは24時間お受けしています。
- ☆ 折り返し、予約返答書 (検査用) を FAX いたしますが、平日の返信は18時00分までの受信分、土曜日 (第2・4・5) は午後12時30分までの受信分となります。
- なお、平日18時00分以降は翌日、土曜日12時30分以降は週明けの返信となりますのでご注意ください。
- ☆ 患者さまに紹介状 (2枚目)、検査予約連絡票 (予約返答書の下半分) をお渡し下さい。
- 3枚目は紹介元医療機関の控えとなります。
- ☆ 患者さまには受診当日、健康保険証 (医療受給者証等) と紹介状、予約票をお持ちいただき、医療支援・連携室へお越しいただくようご説明下さい。

聖マリアンナ医科大学東横病院
 TEL 044-722-2121 (代表)
 044-722-2216 (医療支援・連携室直通：医療機関専用回線です)
 FAX 044-733-6658

診療情報提供書

[検査予約患者紹介状]

②聖マリアンナ医科大学東横病院
提出用

年 月 日

紹介先医療機関名

川崎市中原区小杉町3-435

聖マリアンナ医科大学東横病院

検査項目

紹介元医療機関の名称・所在地

名称	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師名	

フリガナ		性別		生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女		年 月 日生(歳)	

住所	〒	電話番号	-
----	---	------	---

医療情報 (仮診断および参考データ・検査目的)	手術既往 有・無 術式
-------------------------	----------------

受け入れ可能検査 希望する検査項目にチェックを入れてください。

【一般検査】	【CT】	【MRI】			【超音波】	【内視鏡】
胸部	頭部	〈頭部・頸部〉	〈胸部〉	〈四肢〉	腹部	上部消化管内視鏡
腹部	頸部	頭部	縦隔	肩部	(肝・胆・膵・脾・腎)	大腸内視鏡
KUB	胸部	眼窩	〈腹部〉	肘部	心臓	
骨盤計測	上腹部	副鼻腔	上腹部	手関節	頸動脈	
その他	下腹部	頸部	MRCP	大腿	腎・膀胱	
()	上～下腹部	〈動脈系〉	骨盤腔	膝部	その他	
	胸部～上腹部	脳MRA	MRU	下腿	()	
	胸部～下腹部	頸部MRA	〈脊椎〉	足関節	【生理機能】	
	その他	胸部大動脈MRA	頸椎	〈その他〉	心電図	
	()	腹部大動脈MRA	胸椎	()	ホルター心電図	
		下肢MRA	腰椎		筋電図検査	

*内視鏡検査を依頼する場合は下記のチェック・記入をお願い致します。
抗凝固薬の内服 服薬継続状況 継続 中止 (月 日より中止) (薬剤名)

*CT/MR検査を行う際には、下記チェック及び3ヶ月以内に施行した血清クレアチニン値、BUN値の記入をお願い致します。
造影ありの場合、必ずご記入ください。これらの値が記入されていない場合には、造影剤検査を行うことはできません。
また、確認事項などでお電話をさせて頂く場合もございますので、休診日は避けて頂きますようお願い致します。
単純のみ 造影あり ⇒ CRN mg/dl BUN mg/dl

- 当院の造影検査は、基本的に eGFR 値が 50 以下の方には施行致しません。
eGFR 値の早見表をご参照の上、ご依頼ください。
- 透析中の患者さまは、MRI 造影検査を施行いたしません。
CT 造影検査は、造影 24 時間以内に透析予定患者さまのみ施行させて頂きます。
- MRI 金属チェックは CT/MRI (造影) 検査同意書内にありますので必ず記入をお願い致します。

診療情報提供書

〔検査予約患者紹介状〕

年 月 日

紹介先医療機関名

川崎市中原区小杉町3-435

聖マリアンナ医科大学東横病院

検査項目

紹介元医療機関の名称・所在地

名称	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師名	

フリガナ		性別		明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)

住所	〒	電話番号	-
----	---	------	---

医療情報 (仮診断および参考データ・検査目的)	手術既往 有・無 術式
-------------------------	----------------

受け入れ可能検査 希望する検査項目にチェックを入れてください。

【一般検査】	【CT】	【MRI】			【超音波】	【内視鏡】
胸部	頭部	〈頭部・頸部〉	〈胸部〉	〈四肢〉	腹部	上部消化管内視鏡
腹部	頸部	頭部	縦隔	肩部	(肝・胆・膵・脾・腎)	大腸内視鏡
KUB	胸部	眼窩	〈腹部〉	肘部	心臓	
骨盤計測	上腹部	副鼻腔	上腹部	手関節	頸動脈	
その他	下腹部	頸部	MRCP	大腿	腎・膀胱	
()	上～下腹部	〈動脈系〉	骨盤腔	膝部	その他	
	胸部～上腹部	脳MRA	MRU	下腿	()	
	胸部～下腹部	頸部MRA	〈脊椎〉	足関節	【生理機能】	
	その他	胸部大動脈MRA	頸椎	〈その他〉	心電図	
	()	腹部大動脈MRA	胸椎	()	ホルター心電図	
		下肢MRA	腰椎		筋電図検査	

*内視鏡検査を依頼する場合は下記のチェック・記入をお願い致します。

抗凝固薬の内服 服薬継続状況 継続 中止 (月 日より中止) (薬剤名)

* CT/MR 検査を行う際には、下記チェック及び3ヶ月以内に施行した血清クレアチニン値、BUN 値の記入をお願い致します。
造影ありの場合、必ずご記入ください。これらの値が記入されていない場合には、造影剤検査を行うことはできません。
また、確認事項などでお電話をさせて頂く場合もございますので、休診日は避けて頂きますようお願い致します。

単純のみ 造影あり ⇒ CRN mg/dl BUN mg/dl

●当院の造影検査は、基本的に eGFR 値が 50 以下の方には施行致しません。

eGFR 値の早見表をご参照の上、ご依頼ください。

●透析中の患者さまは、MRI 造影検査を施行いたしません。

CT 造影検査は、造影 24 時間以内に透析予定患者さまのみ施行させていただきます。

●MRI 金属チェックは CT/MRI (造影) 検査同意書内にありますので必ず記入をお願い致します。