

PET-CT

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)

地域連携室直通

検査予約日	年 月 日 ()
	AM ・ PM 時 分

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

臨床診断	てんかん 虚血性心疾患 肺癌 乳癌 大腸癌 頭頸部癌 脳腫瘍 膵癌			
	悪性リンパ腫 原発不明癌 悪性黒色腫 食道癌 子宮癌 卵巣癌 胃癌 腎癌			
	前立腺癌 骨軟部組織腫瘍 その他の悪性腫瘍 ()			
画像検査	CT MRI RI 血管造影 実施日			
	US GIF CF 他 () 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			
腫瘍マーカー	* 施行項目と結果 実施日			
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	有 ・ 無 ・ 不明
●感染症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	●歩行	可 ・ 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	要 ・ 不要
●30分程の静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否	●チューブ類	DIV ・ ドレーンチューブ ・ 酸素 ・ フォーレ ・ ストーマ
●閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	●ペースメーカー	有 ・ 無 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
●保険診療	<input type="checkbox"/> 適応 ・ <input type="checkbox"/> 自費)	
●到着ご希望日	月 日		

※ご希望に添えない場合もございます。

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

PET-CT

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)

地域連携室直通

検査予約日	年 月 日 ()
	AM ・ PM 時 分

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

臨床診断	てんかん	虚血性心疾患	肺癌	乳癌	大腸癌	頭頸部癌	脳腫瘍	膵癌
	悪性リンパ腫	原発不明癌	悪性黒色腫	食道癌	子宮癌	卵巣癌	胃癌	腎癌
	前立腺癌	骨軟部組織腫瘍	その他の悪性腫瘍 ()					
画像検査	CT	MRI	RI	血管造影	実施日			
	US	GIF	CF	他 ()	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	有 ・ 無 ・ 不明
●感染症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	●歩行	可 ・ 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	要 ・ 不要
●30分程の静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否	●チューブ類	DIV ・ ドレーンチューブ ・ 酸素 ・ フォーレ ・ ストーマ
●閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	●ペースメーカー	有 ・ 無 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
●保険診療	<input type="checkbox"/> 適応 ・ <input type="checkbox"/> 自費		
●到着ご希望日	月 日		

※ご希望に添えない場合もございます。

紹介元医療機関 (所在地・名称・TEL・FAX)

依頼年月日: 年 月 日

TEL:
FAX:

診療科名
医師氏名

PET-CT

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
TEL:0570-00-3387(予約・相談ダイヤル)
<https://www.tokyo-hospital.com>

検査予約日	年 月 日 ()
	AM ・ PM 時 分

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	様	M ・ 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 有 (薬剤名) ・ 無	外来 ・ 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。
- ・予約の変更は、紹介元の医療機関様へご連絡ください。

※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 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 》

