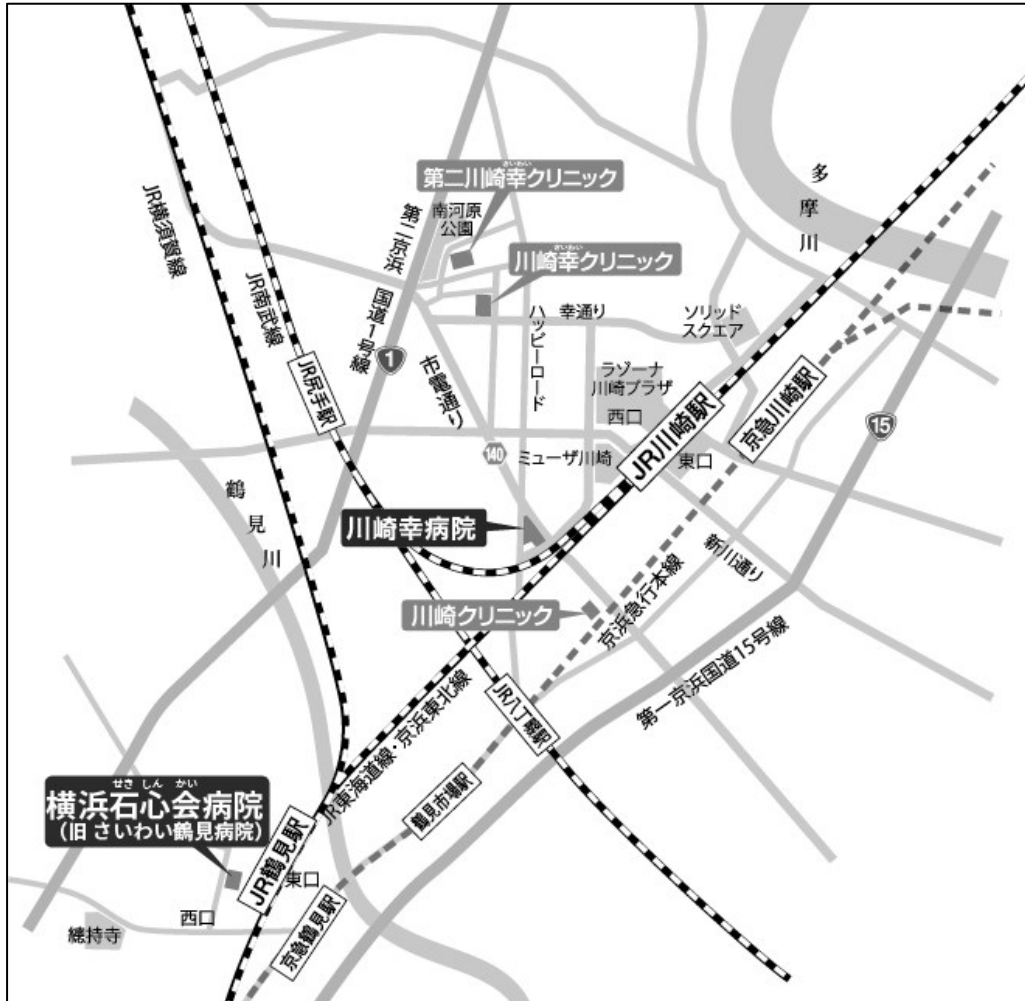


診療情報提供書

(検査用・2枚綴)



社会医療法人財団 石心会 川崎幸病院

医療法人社団 新東京石心会 横浜石心会病院

(旧さいわい鶴見病院)

- ・川崎幸クリニック
- ・第二川崎幸クリニック
- ・川崎クリニック
- ・さいわい鹿島田クリニック

●検査に関するの注意点●

石心会の各施設では、オープン検査（共同利用）を実施しております。オープン検査とは、患者さんに当院で検査のみをお受けいただき、検査結果につきましてはご紹介元の先生へご報告するシステムです。患者さんへの検査結果のご説明は貴院にてお願い致します。

患者さんが診療情報提供書をお忘れになり、検査に支障が出る場合があります。大変お手数ですが、事前に各検査施設へのFAXをお願いいたします。

●造影剤を使用する検査（心臓CT）については、造影剤アレルギー、喘息、腎機能障害がある場合などは検査を受けることができませんのでご注意ください。

※オープン検査での造影CT（胸部・腹部）は行っておりません。

●ヨード造影後1ヶ月間は甲状腺シンチの検査はできませんのでご注意ください。

※当院ではシンチ検査は行っておりません。

●バリウムを使用する検査をした場合、CT検査の予定日まで1週間程度期間を空けていただくようお願い致します。

●DEXA検査は、横浜石心会病院（旧さいわい鶴見病院）・川崎クリニックで行っております。

●3.0テスラMRIは1.5テスラMRIと比較して静磁場強度の上昇に伴い、体内インプラント（心臓ペースメーカー、ステント、脳動脈瘤クリップ、整形外科体内インプラント、心臓人工弁、人工内耳など）や刺青、アートメイクがある場合は3.0テスラMRIでの撮影が出来ません。

※体内インプラントや刺青がある場合はご予約のご連絡の際、お伝えください。

※内視鏡クリップは2~3ヶ月で自然に脱落します。MRI非対応の場合は、ご予約前に腹部X-Pでクリップの有無をご確認ください。（当院で使用しているものはMRI非対応になります）

●オープン検査で来院された患者さんに重大な所見が発見された場合は、可及的速やかにご連絡いたします。その際、緊急性があれば救急の受診をお勧めしております。既に患者さんが帰宅されている場合は、ご依頼いただいた先生に電話連絡させていただきます。また緊急を要する場合には患者さんに直接ご連絡をさせて頂く場合もございます。

※その他ご不明な点がございましたら、各施設までお問い合わせ下さい。

川崎幸病院 地域医療連携室 TEL 044-544-4638（直）

横浜石心会病院 TEL 045-581-1417

（旧さいわい鶴見病院）

診療情報提供書

(検査用)

紹介先
医療機関名

- 川崎幸病院 川崎市幸区大宮町 31-27
TEL044-544-4611 FAX044-540-3712
- 川崎幸クリニック 川崎市幸区南幸町 1-27-1
TEL044-544-1020 FAX044-544-4700
- 第二川崎幸クリニック 川崎市幸区都町 39-1
TEL044-511-1322 FAX044-511-1780
- 川崎クリニック 川崎市川崎区日進町 7-1
TEL044-222-7707 FAX044-222-7735
- さいわい鹿島田クリニック 川崎市幸区新塚越 201
TEL044-556-2720 FAX044-556-2721
- 横浜石心会病院 横浜市鶴見区豊岡町 21-1
TEL045-581-1417 FAX045-583-1498

検査予約日時

____年____月____日

(予約時間____時____分)

記入日

西暦 年 月 日

紹介元医療機関名

住所

電話番号

医師名

⑩

担当医 殿

下記の患者は貴院においての検査及び治療の実施が適切と判断しましたので、紹介いたします。

フリガナ

生年月日

患者氏名 _____ (男・女) 大・昭・平: _____年____月____日生

治療中の主病名:

病歴・既往:

検査目的・詳細撮影部位:

ご依頼検査 (該当に○)

MR I (単純)	・頭部 (MRA・VSRAD) ・頸部 ・胸部 (肺・縦隔) ・腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP) ・骨盤腔 (膀胱・前立腺・子宮・卵巣) ・脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨・胸腰椎移行部) ・四肢 () ・DWIBS (体幹部がんスクリーニング) ・その他 ()
CT (単純)	・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・骨盤 ・その他 ()
内視鏡検査	・上部内視鏡 (食道・胃、十二指腸) ・下部内視鏡 (大腸) ・上下1日内視鏡 ・ポリペクトミー ※抗凝固剤の使用 (無・有_____)
超音波	・心臓 ・腹部 ・甲状腺 ・表在 (部位) ・頸動脈 ・血管 (部位)
生理機能検査	・心電図 ・ホルター心電図 ・運動負荷心電図・脳波 ・肺機能検査 ・運動神経伝導速度 (MCV) ・感覚神経伝導速度 (SCV) ・足関節、上腕血圧比 (ABI)
<input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈) CT <input type="checkbox"/> 心臓CTセット (心臓CTと頸動脈エコー) ※該当する項目に☑	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 重篤な甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 (既往を含む) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 造影剤以外のアレルギー <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 薬物禁忌 () ※冠動脈病変、特に末梢冠動脈病変を評価し易くする為撮影直前に硝酸薬を使用します。 ※β遮断薬を服用している方や禁忌ではない限り、前投薬として、メトプロロール (セロケン錠) 40mg を検査前に服用頂きます。(処方当院で行います。) ※心臓 (冠動脈) CT 検査の場合…クレアチニン値 _____mg/dl (検査日 _____年____月____日)
DEXA (骨密度検査)	・腰椎+大腿骨 ・腰椎 ・大腿骨 ・前腕 ・全身骨
その他の検査	・胸部X線 ・胃透視 ・注腸 ・その他 ()

診療情報提供書は事前に紹介先へFAXをお願い致します。

2023.9

診療情報提供書

(検査用)

紹介先
医療機関名

- 川崎幸病院 川崎市幸区大宮町 31-27
TEL044-544-4611 FAX044-540-3712
- 川崎幸クリニック 川崎市幸区南幸町 1-27-1
TEL044-544-1020 FAX044-544-4700
- 第二川崎幸クリニック 川崎市幸区都町 39-1
TEL044-511-1322 FAX044-511-1780
- 川崎クリニック 川崎市川崎区日進町 7-1
TEL044-222-7707 FAX044-222-7735
- さいわい鹿島田クリニック 川崎市幸区新塚越 201
TEL044-556-2720 FAX044-556-2721
- 横浜石心会病院 横浜市鶴見区豊岡町 21-1
TEL045-581-1417 FAX045-583-1498

検査予約日時

____年____月____日

(予約時間____時____分)

記入日

西暦 年 月 日

紹介元医療機関名

住所

電話番号

医師名

担当医 殿

⑩

下記の患者は貴院においての検査及び治療の実施が適切と判断しましたので、紹介いたします。

フリガナ

生年月日

患者氏名 _____ (男・女) 大・昭・平: _____年____月____日生

治療中の主病名:

病歴・既往:

検査目的・詳細撮影部位:

ご依頼検査 (該当に○)

MR I (単純)	・頭部 (MRA・VSRAD) ・頸部 ・胸部 (肺・縦隔) ・腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP) ・骨盤腔 (膀胱・前立腺・子宮・卵巣) ・脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨・胸腰椎移行部) ・四肢 () ・DWIBS (体幹部がんスクリーニング) ・その他 ()
CT (単純)	・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・骨盤 ・その他 ()
内視鏡検査	・上部内視鏡 (食道・胃、十二指腸) ・下部内視鏡 (大腸) ・上下1日内視鏡 ・ポリペクトミー ※抗凝固剤の使用 (無・有_____)
超音波	・心臓 ・腹部 ・甲状腺 ・表在 (部位) ・頸動脈 ・血管 (部位)
生理機能検査	・心電図 ・ホルター心電図 ・運動負荷心電図・脳波 ・肺機能検査 ・運動神経伝導速度 (MCV) ・感覚神経伝導速度 (SCV) ・足関節、上腕血圧比 (ABI)
<input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈) CT <input type="checkbox"/> 心臓CTセット (心臓CTと頸動脈エコー) ※該当する項目に☑	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 重篤な甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 (既往を含む) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 造影剤以外のアレルギー <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 薬物禁忌 () ※冠動脈病変、特に末梢冠動脈病変を評価し易くする為撮影直前に硝酸薬を使用します。 ※β遮断薬を服用している方や禁忌ではない限り、前投薬として、メトプロロール (セロケン錠) 40mg を検査前に服用頂きます。(処方当院で行います。) ※心臓 (冠動脈) CT 検査の場合…クレアチニン値 _____ mg/dl (検査日 年 月 日)
DEXA (骨密度検査)	・腰椎+大腿骨 ・腰椎 ・大腿骨 ・前腕 ・全身骨
その他の検査	・胸部X線 ・胃透視 ・注腸 ・その他 ()