

川崎市立多摩病院 地域医療連携室 行 FAX 044-933-8246

紹介先医療機関名	川崎市立多摩病院	医療相談センター長	年	月	日
予約	第1希望	第2	紹介元医療機関の名称・所在地		
希望日	第3	第4	名称		
※造影CT・造影MRおよび上部・大腸内視鏡検査は、下記注意事項をお読みください			所在地		
			〒(-)		
検査項目 (CTの場合) 単純・造影			電話番号		
			FAX番号		
			医師名		
フリガナ					
患者氏名	性別 男・女		生年月日	年	月 日生(歳)
住所			電話番号	-	-
川崎市立多摩病院への受診歴(有・無・不詳)			ID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。
 ※紹介状は、検査項目ごとにご記入ください。

《造影CT・造影MR》

- ・予約時にクレアチニン値・eGFR値・採血日(検査日の3ヶ月以内)をお知らせください。
- ・検査当日に持参される診療情報提供書にクレアチニン値・eGFR値の記入をお願いします。
記入が無い場合、造影検査を行えないことがございます。必ず記載をお願いいたします。

《内視鏡検査における抗血栓薬について》

- ・抗血栓薬を使用されている患者さんで、患者さんへの説明と同意のもと、抗血栓薬1剤のみの内服の場合は、継続頂いた状況においても必要最小限の生検を行えます。
- ・抗血栓薬1剤のみ内服継続にて検査予約をする場合は、「内視鏡診療における抗血栓薬の(休薬・継続)に関する説明・同意書」をもとに目的、副作用等をご説明の後、説明医師および患者さんの署名をお願いいたします。同意書原本は、検査当日に患者さんがお持ちいただきますよう、ご説明ください。
- ・ワーファリン継続時での内視鏡検査は、検査前に採血が必要となり、結果によっては生検を行えないことがございます。

※FAXは24時間お受けしています。折り返し検査予約票をFAXいたしますが、平日の返信は18時00分まで(木曜日は16時30分まで)の受信分、土曜日(第2・4・5)は12時00分までの受信分となります。

- なお、18時00分以降は翌日、土曜12時00分以降は週明けの返信となりますのでご注意ください。
- ※患者さんに紹介状(2枚目)、ご来院される方へ(予約送信状の下部分)、検査予約票をお渡しください。
- ※患者さんには受診当日、紹介状・健康保険証(医療受給者証等)・お薬手帳・予約票をお持ちいただき、総合案内へお越しいただくようにご説明ください。

川崎市立多摩病院 神奈川県川崎市多摩区宿河原1-30-37
 FAX 044-933-8246
 TEL 044-933-8111(代表)
 044-933-8228(地域医療連携室直通)

※医療機関専用ですので、患者さんからの電話はご遠慮ください。

診療情報提供書〔検査予約患者紹介状〕

紹介先医療機関名 _____ 年 月 日
 川崎市多摩区宿河原1-30-37
 川崎市立多摩病院
 医療相談センター長

紹介元医療機関の名称・所在地
 名 称 _____
 所 在 地 〒 (-) _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____
 医 師 名 _____

検査項目 (CTの場合)
 (単純・造影)

フリガナ
 患者氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 年 月 日生 (歳)
 住 所 _____ 電話番号 _____ - _____
 川崎市立多摩病院への受診歴 (有・無・不詳) _____ ID番号 _____

医療情報 (仮診断および参考データ・検査目的) _____

検査結果出力方法を選択してください。(内視鏡検査を除く)
DVD フィルム 検査報告のみ

妊娠 (週) _____
 手術既往 有・無 _____
 術式 _____

希望する検査項目にチェック、または () 内を選択してください。

【 C T 検 査 】	【超音波 検査】	【MR I 検査】	【 X 線 透 視 】
頭部・副鼻腔・側頭骨	肝胆膵脾腎	頭部 (MRI・MRA)	上部消化管検査
頸部	心臓	内耳・下垂体	注腸 (大腸) 検査
頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨	頸動脈	眼窩・副鼻腔	【内視鏡検査】
胸部	頸部	頸部・唾液腺	上部消化管内視鏡
胸部～上腹部	甲状腺	頸椎・胸椎・腰椎	大腸 (下部) 内視鏡
胸部～下腹部	腎・膀胱	胸部 (部位: _____)	
上腹部のみ・下腹部のみ	前立腺	上腹部 (肝・腎・膵・副腎・MRCP・MR-Uro)	
上下腹部	子宮・卵巣	下腹部 (女性骨盤・膀胱・前立腺・骨盤腔)	
血管 (部位: _____)	下肢静脈	MRA (部位: _____)	
上肢・下肢 (部位: _____)	その他	上肢・下肢 (部位: _____)	
その他 (部位: _____)	(部位: _____)	軟部腫瘍 (部位: _____)	

*MR検査を依頼する場合は安全点検項目を記入してください。

有・無	ペースメーカー装着	有・無	閉所恐怖症
有・無	脳動脈クリップ	有・無	刺青等 (小さいものも含む)
有・無	人工内耳 (移植蝸牛刺激装置)	有・無	外科用クリップ (内視鏡クリップを含む)
有・無	その他の体内金属・異物 部位 _____ 材質 _____		

*造影検査を依頼する場合は安全点検項目を記入してください。

有・無	造影剤による過敏症	有・無	糖尿病治療薬 (薬品名: _____)
有・無	薬剤過敏症・食事性アレルギー	有・無	気管支喘息 (現在・既往)
有・無	Cr (_____) ・ eGFR (_____)	有・無	ペースメーカー及び埋込型除細動器の装着

*内視鏡検査を依頼する場合は安全点検項目を記入してください。

HBS抗原 (_____)	HCV抗体 (_____)	HIV (_____)	MRSA (_____)
抗凝固薬の内服 無・有 (薬剤名 _____) _____ 月 日より中止			

診療情報提供書〔検査予約患者紹介状〕

紹介先医療機関名

川崎市多摩区宿河原1-30-37

川崎市立多摩病院

医療相談センター長

年 月 日

紹介元医療機関の名称・所在地

名 称

所在地 〒 (-)

電話番号

FAX番号

医 師 名

検査項目

(CTの場合)
単純・造影

フリガナ

患者氏名

性別 男・女

生年月日

年

月

日生

(歳)

住 所

電話番号

-

-

川崎市立多摩病院への受診歴(有・無・不詳)

ID番号

医療情報(仮診断および参考データ・検査目的)

検査結果出力方法を選択してください。(内視鏡検査を除く)

DVDフィルム検査報告のみ

妊娠 (週)

手術既往 有・無

術式

希望する検査項目にチェック、または()内を選択してください。

【CT検査】	【超音波検査】	【MRI検査】	【X線透視】
頭部・副鼻腔・側頭骨	肝胆膵脾腎	頭部(MRI・MRA)	上部消化管検査
頸部	心臓	内耳・下垂体	注腸(大腸)検査
頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨	頸動脈	眼窩・副鼻腔	【内視鏡検査】
胸部	頸部	頸部・唾液腺	上部消化管内視鏡
胸部～上腹部	甲状腺	頸椎・胸椎・腰椎	大腸(下部)内視鏡
胸部～下腹部	腎・膀胱	胸部(部位:)	
上腹部のみ・下腹部のみ	前立腺	上腹部(肝・腎・膵・副腎・MRCP・MR-Uro)	
上下腹部	子宮・卵巣	下腹部(女性骨盤・膀胱・前立腺・骨盤腔)	
血管(部位:)	下肢静脈	MRA (部位:)	
上肢・下肢(部位:)	その他	上肢・下肢(部位:)	
その他(部位:)	(部位:)	軟部腫瘍(部位:)	

*MR検査を依頼する場合は安全点検項目を記入してください。

有・無	ペースメーカー装着	有・無	閉所恐怖症
有・無	脳動脈クリップ	有・無	刺青等(小さいものも含む)
有・無	人工内耳(移植蝸牛刺激装置)	有・無	外科用クリップ(内視鏡クリップを含む)
有・無	その他の体内金属・異物 部位 材質		

*造影検査を依頼する場合は安全点検項目を記入してください。

有・無	造影剤による過敏症	有・無	糖尿病治療薬(薬品名:)
有・無	薬剤過敏症・食事性アレルギー	有・無	気管支喘息(現在・既往)
有・無	Cr()・eGFR()	有・無	ペースメーカー及び埋込型除細動器の装着

*内視鏡検査を依頼する場合は安全点検項目を記入してください。

HBS抗原()	HCV抗体()	HIV()	MRSA()
抗凝固薬の内服 無・有(薬剤名)		月 日より中止	