

診療情報提供書(検査依頼票)

フリガナ			
患者氏名	様 ☐ 男性 ☐ 女性		
生年月日	T・S・H・R	年	月 日()歳
電話番号	自宅： — —		
	携帯： — —		

直通TEL：045-871-5225

直通FAX：045-871-9701

予約日時	年	月	日
	時	分	

*検査予約日時は、お電話にて確定いたします。

*受付時間は 月～土 9:00～16:30です。

〈ご依頼内容・経過情報〉(該当する全てに☐チェックしてください)

検査種別	☐ MRI ☐ CT ☐ GF(経口・経鼻) ☐ CF ☐ 心エコー ☐ 腹部エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ 骨密度(デキサ法) ☐ その他()		
撮影方法	☐ 単純 ☐ 造影 ※当院医師の判断により造影撮影を中止し単純撮影に変更する場合がございます。		
撮影部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他()		
主訴 臨床経過など	※「造影」検査の場合…eGFR値()ml/min/1.73m ² ※3ヵ月以内の結果データをご記入ください。		

〈検査データ〉

画像	☐ CD ☐ 紙 ☐ 不要	読影	☐ 要 ☐ 不要	検査結果	☐ 郵送 ☐ お持ち帰り
----	--	----	--	------	--

〈患者情報 治療歴など〉

感染症	☐ なし ☐ HCV ☐ HBV ☐ MRSA ☐ HIV ☐ 不明	その他の患者さん留意事項 (ADL、コミュニケーション等)
手術歴	年 月 日 部位・術式等 ()	

糖尿病	☐ なし ☐ あり	※ビグアナイド系糖原病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です。	
心臓ペースメーカー	☐ なし ☐ あり	※MRI検査は禁忌	
体内金属 (インプラント)	☐ なし ☐ あり	人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属 具体的に()	
除細動器	※CT検査は、体内埋込型除細動器(ICD)は禁忌		
気管支喘息	☐ なし ☐ あり	※成人発症の気管支喘息の造影検査は原則禁忌です。	
アレルギー	☐ なし ☐ あり	具体的にお願いします。 ()	
閉所恐怖症	☐ なし ☐ あり	入れ墨・伏針 アートメイク	☐ なし ☐ あり
妊娠	☐ なし ☐ あり	貴院次回受診日 (決まっていたら)	月 日 午前 ・ 午後

紹介元医療機関(ゴム印でも構いません)

年 月 日

〒

住所：

名称：

電話：

医師名：

F A X：

診療情報提供書(検査依頼票)

フリガナ			
患者氏名	様 ☐ 男性 ☐ 女性		
生年月日	T・S・H・R	年	月 日()歳
電話番号	自宅： - -		
	携帯： - -		

直通TEL：045-871-5225
直通FAX：045-871-9701

予約日時	年	月	日
	時 分		

*検査予約日時は、お電話にて確定いたします。
*受付時間は 月～土 9:00～16:30です。

〈ご依頼内容・経過情報〉(該当する全てに☐チェックしてください)

検査種別	☐ MRI ☐ CT ☐ GF(経口・経鼻) ☐ CF ☐ 心エコー ☐ 腹部エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ 骨密度(デキサ法) ☐ その他()		
撮影方法	☐ 単純 ☐ 造影 ※当院医師の判断により造影撮影を中止し単純撮影に変更する場合がございます。		
撮影部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他()		
主訴 臨床経過など	※「造影」検査の場合…eGFR値()ml/min/1.73m ² ※3ヵ月以内の結果データをご記入ください。		

〈検査データ〉

画像	☐ CD ☐ 紙 ☐ 不要	読影	☐ 要 ☐ 不要	検査結果	☐ 郵送 ☐ お持ち帰り
----	--	----	--	------	--

〈患者情報 治療歴など〉

感染症	☐ なし ☐ HCV ☐ HBV ☐ MRSA ☐ HIV ☐ 不明	その他の患者さん留意事項 (ADL、コミュニケーション等)
手術歴	年 月 日 部位・術式等 ()	

糖尿病	☐ なし ☐ あり	※ビグアナイド系糖原病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です。	
心臓ペースメーカー	☐ なし ☐ あり	※MRI検査は禁忌	
体内金属 (インプラント)	☐ なし ☐ あり	人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属 具体的に()	
除細動器	※CT検査は、体内埋込型除細動器(ICD)は禁忌		
気管支喘息	☐ なし ☐ あり	※成人発症の気管支喘息の造影検査は原則禁忌です。	
アレルギー	☐ なし ☐ あり	具体的にお願いします。 ()	
閉所恐怖症	☐ なし ☐ あり	入れ墨・伏針 アートメイク	☐ なし ☐ あり
妊娠	☐ なし ☐ あり	貴院次回受診日 (決まっていたら)	月 日 午前 ・ 午後

紹介元医療機関(ゴム印でも構いません)		年 月 日
〒		
住所：		
名称：	医師名：	
電話：	F A X：	

検査予約票

フリガナ			
患者氏名	様 ☐ 男性 ☐ 女性		
生年月日	T・S・H・R	年	月 日()歳
電話番号	自宅: — —		
	携帯: — —		

直通TEL: 045-871-5225

直通FAX: 045-871-9701

予約日時	年	月	日
	時	分	

*検査予約日時は、お電話にて確定いたします。

*受付時間は 月～土 9:00～16:30です。

〈ご依頼内容・経過情報〉(該当する全てに☐チェックしてください)

検査種別	☐ MRI ☐ CT ☐ GF(経口・経鼻) ☐ CF ☐ 心エコー ☐ 腹部エコー
	☐ 頸動脈エコー ☐ 骨密度(デキサ法) ☐ その他()
撮影方法	☐ 単純 ☐ 造影 ※当院医師の判断により造影撮影を中止し単純撮影に変更する場合がございます。

検査を受ける患者さんへ

- 検査当日の持ち物 予約票(本状)、診療情報提供書(紹介状)、保険証、医療証、当院の診察券(お持ちの方)、検査説明書・検査同意書・問診票等は該当検査の方のみ
- 当日検査に遅れる場合やキャンセルする場合、ご予約の変更希望の場合は、事前に当院の患者支援センター(TEL:045-871-5225)までご連絡ください。
- 検査結果は、ご依頼元の先生よりお聞きください。当院での結果説明は行っておりませんので、予めご了承ください。

〈注意事項〉

1. 内服中のお薬については、ご紹介元の先生の指示にしたがってください。
2. 腹部の検査をする場合(CT・MRI単純検査、エコー検査)は、検査前4時間は絶食してください。飲水は、お水を大量でなければ摂取して構いません。
3. 造影剤(お薬を使った検査)を使用する場合は、別紙にてお渡しした検査案内(説明書)をご確認ください。

検査を行う医療機関・お問い合わせ先

医療法人横浜博明会

西横浜国際総合病院 患者支援センター

〒245-8560

横浜市戸塚区汲沢町56番地

TEL:045-871-5225

FAX:045-871-9701

【公共の交通機関をご利用の場合】

- 電車:JR東海道線・横須賀線・横浜市営地下鉄「戸塚駅」下車(西口)
- バス:戸塚駅(西口)→中央プロムナード→戸塚西口バスセンター
(1)1番乗り場 戸81番系統 藤沢駅北口行
(2)2番乗り場 戸50番系統 ドリームハイツ
戸52・55番系統 俣野公園・横浜薬大前行
戸56番系統 横浜医療センター行

※各バスで「西横浜国際総合病院前」まで約10分 下車、徒歩2分
(病院は道路反対側のため、歩道橋を渡って頂きます)

藤沢駅北口→戸塚バスセンター

5番乗り場 戸81番系統 戸塚バスセンター行

※15番目停留所「西横浜国際総合病院前」まで約20分 下車、徒歩1分
(病院は道路反対側のため、歩道橋を渡って頂きます)

- タクシー:戸塚駅西口タクシー乗り場より 約7分



【自家用車をご利用の場合】

横浜新道(国道1号線)→戸塚料金所から約5分

(横浜方面からお越しの場合、吹上交差点でUターン)

※駐車場有り(有料)