

診療情報提供書(検査依頼書)

年 月 日

紹介先 医療法人社団靖和会 林脳神経外科メディカルクリニック
 〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-9-2
 検査予約受付:03-5305-5770 FAX:03-5305-8835

氏名(フリガナ) 様 男・女	住所 〒 -	紹介元医療機関情報
生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ()歳	TEL - -	TEL - -
TEL - -	住所 〒 -	ご担当医師名
<input type="checkbox"/> 患者様紹介 月 日() 時 分 ご来院予定 * 診察はご予約制ではございません。 検査の開始時間は診察後にご相談をさせていただきます。		<input type="checkbox"/> 検査のみご依頼 月 日() 時 分 より検査開始予定 * 15分前までにご来院下さい。

* 該当するものすべてにチェックをお願い致します。

ご依頼内容・経過情報など	診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> その他()	
	撮影情報		
	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影(CTの造影は行っておりません)	
	モダリティ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRA含) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔(前立腺・子宮) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・尾骨) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> 四肢・関節(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢動脈(MRA) <input type="checkbox"/> 下肢静脈(エコー) <input type="checkbox"/> 心臓(エコー) <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量(前腕部測定) <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI・PWV)	
	病名・検査目的		
	臨床・検査結果 撮影に関するご要望 現在の処方など		
●クレアチニン(mg/dl) ●BUN(mg/dl) 【MRI造影時のみご記入下さい】			

患者様情報・治療歴など	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()	
	体内金属	心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ・心臓ステント 人工内耳・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔内金属	義歯・インプラント・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	その他装着品など	刺青・コンタクトレンズ・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	妊娠	()週目・可能性がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	アレルギー	気管支喘息・薬剤・造影剤・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	手術歴	* 手術時期・部位・術式などできるだけ具体的にお願い致します。	

検査結果	画像媒体	画像の提供方法	読影レポートの提供方法	画像の返却不要
	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> 当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 後日郵送	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 後日郵送	

①ご依頼側(貴院)控

診療情報提供書(検査依頼書)

年 月 日

紹介先 医療法人社団靖和会 林脳神経外科メディカルクリニック
 〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-9-2
 検査予約受付:03-5305-5770 FAX:03-5305-8835

氏名(フリガナ) 様 男・女	住所 〒 -	紹介元医療機関情報
生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ()歳	TEL - -	TEL - -
TEL - -	住所 〒 -	ご担当医師名
<input type="checkbox"/> 患者様紹介 月 日() 時 分 ご来院予定 * 診察はご予約制ではございません。 検査の開始時間は診察後にご相談をさせていただきます。		<input type="checkbox"/> 検査のみご依頼 月 日() 時 分 より検査開始予定 * 15分前までにご来院下さい。

* 該当するものすべてにチェックをお願い致します。

ご依頼内容・経過情報など	診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> その他()	
	撮影情報		
	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影(CTの造影は行っておりません)	
	モダリティ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRA含) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔(前立腺・子宮) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・尾骨) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> 四肢・関節(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢動脈(MRA) <input type="checkbox"/> 下肢静脈(エコー) <input type="checkbox"/> 心臓(エコー) <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量(前腕部測定) <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI・PWV)	
	病名・検査目的		
臨床・検査結果 撮影に関するご要望 現在の処方など			
●クレアチニン(mg/dl) ●BUN(mg/dl) 【MRI造影時のみご記入下さい】			

患者様情報・治療歴など	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()	
	体内金属	心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ・心臓ステント 人工内耳・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔内金属	義歯・インプラント・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	その他装着品など	刺青・コンタクトレンズ・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	妊娠	()週目・可能性がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	アレルギー	気管支喘息・薬剤・造影剤・その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手術歴	* 手術時期・部位・術式などできるだけ具体的にお願い致します。		

検査結果	画像媒体	画像の提供方法	読影レポートの提供方法	画像の返却不要
	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> 当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 後日郵送	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 後日郵送	

②検査側(林クリニック)控

検査票

年 月 日

紹介先 医療法人社団靖和会 林脳神経外科メディカルクリニック
〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-9-2
検査予約受付:03-5305-5770 FAX:03-5305-8835

氏名(フリガナ) 様 男・女	住所 〒 -	紹介元医療機関情報
生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ()歳	TEL - -	TEL - -
住所 〒 -	ご担当医師名	
<input type="checkbox"/> 患者様紹介 月 日() 時 分 ご来院予定 * 診察はご予約制ではございません。 検査の開始時間は診察後にご相談をさせていただきます。		<input type="checkbox"/> 検査のみご依頼 月 日() 時 分 より検査開始予定 * 15分前までにご来院下さい。

* 該当するものすべてにチェックをお願い致します。

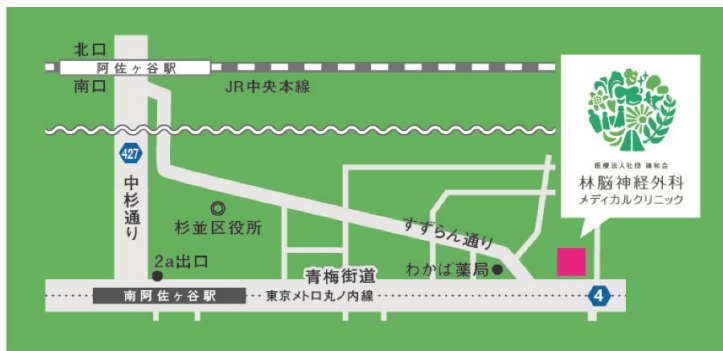
診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> その他()
撮影情報	
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影(CTの造影は行っておりません)
モダリティ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRA含) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔(前立腺・子宮) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・尾骨) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> 四肢・関節(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢動脈(MRA) <input type="checkbox"/> 下肢静脈(エコー) <input type="checkbox"/> 心臓(エコー) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量(前腕部測定) <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI・PWV)

* 検査を受けられる患者様へ

- 検査当日は検査票(本状)、保険証、紹介元医療機関からの診療情報提供書をお持ち下さい。
- 当日検査に遅れる場合やキャンセルされる場合、ご予約の変更が生じた場合には直接 林脳神経外科メディカルクリニック検査受付(03-5305-5770)までご連絡をお願い致します。
- 診察と合わせて検査を受けていただく場合、外来受付をされた順番でのご案内となりますので予めご了承下さい。
- 検査結果に関しましては紹介元の先生にお送りし、主治医の先生から患者様にご説明致します。
※なお当クリニックにおいて診療が可能である科目におきましては、主治医の先生からのご要望があった場合、検査結果を説明させていただくことがございます。
- 腹部・骨盤腔の検査をされる方は胃や腸の内容物が画像に影響を及ぼす可能性があるため、検査6時間前より食事制限をしていただきます。あらかじめご了承下さい。(水、お茶、服用中のお薬は可)
※それ以外の部位の検査では特に食事、お薬などの制限はございません。

* 当院までのご案内

東京メトロ丸の内線南阿佐ヶ谷駅より徒歩5分
JR中央線阿佐ヶ谷駅より徒歩15分



〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-9-2
TEL 03-5305-5770 FAX 03-5305-8835

診療受付時間	月	火	水	木	金	土	日祝
9:00~12:30	●	●	●	●	●	●	/
15:00~18:30	●	●	●	●	●	★	/

★14:00~16:30 休診日:日曜日・祝日