●検査に関しての注意点●

当院ではオープン検査（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させていただくシステムです。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、緊急性があれば当院にて救外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、ご依頼いただいた登録医の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、川崎幸病院 地域医療連携室にお問合せ下さい。

川崎幸病院地域医療連携室　TEL 044-544-4638（直通）

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）

担当医 殿

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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
患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

生年月日
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○）

ＭＲＩ（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ｸﾞ）　・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（上腹部・その他（部位　　　　　　））・甲状腺 ・表在（部位　　　　　　）・血管（頸動脈・下肢動脈・下肢静脈・腎動脈）
生理機能検査	・運動負荷心電図検査（エルゴメーター、トレッドミル）・心肺運動負荷試験（CPX）
□心臓（冠動脈）ＣＴ □心臓ＣＴセット （心臓ＣＴと頸動脈エコー） ※該当する項目に☑	□該当なし　□陳旧性心筋梗塞　□狭心症　□重篤な甲状腺疾患　□心不全（既往を含む） □喘息　□褐色細胞腫　□造影剤アレルギー　□造影剤以外のアレルギー □経口糖尿病薬（　　　　　　　）　□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。（処方は当院で行います。） **※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。

2025.4