

# 紹介患者様用(エコー・ABI・スパイロメトリー検査)

## ご案内用紙

### 【ご紹介の先生方へ】

1. 八王子山王病院・地域連携課にて電話予約をしてください。
2. 「①八王子山王病院提出用」用紙に患者様の情報ならびに検査内容、臨床診断・現病歴、検査目的情報欄をご記入ください。
3. 「①八王子山王病院提出用」用紙を地域連携課宛にFAX送信してください。
4. ご記入頂きました「①八王子山王病院提出用」用紙ならびに「②患者様ご案内用」用紙は、検査当日持参いただけますよう、患者様へお渡しく下さい。

### 【お問い合わせ】

#### <電話予約・お問い合わせ>

八王子山王病院 地域連携課

TEL:042-626-1144

#### 【受付時間】

平日 9:00~17:00

土曜日 9:00~13:00

#### <FAX送信先>

八王子山王病院 地域連携課

FAX:042-626-6476



医療法人社団 東光会

八王子山王病院

Hachioji Sannou Hospital

①八王子山王病院提出用(こちらの複写を紹介元控えとしてください)

◇◆◇診療情報提供書(エコー・ABI・スパイロメトリー検査用)◆◆◇

八王子山王病院

地域連携課行(FAX042-626-6476)

検査日時	年 月 日 時 分	検査項目	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> スパイロメトリー		
検査部位 (エコーのみ)	<input type="checkbox"/> UCG <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 軟部腫瘍(部位: ) <input type="checkbox"/> 胸腹部(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )				
フリガナ			大・昭・平・令		
患者氏名	様	生年月日	年 月 日	性別	男・女
身長	cm	体重	kg		
ご紹介元名		医師名			

チェック項目 (□にチェックしてください。)	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	人工弁・ステント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	外科的クリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	重篤な全身症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	重篤発作の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )		

<臨床診断・現病歴>
<検査目的>
<返送用画像> <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> データ(CD-R)
<備考>

# ◇◆◇検査のご案内◇◆◇

検査予約の**15分前**までに、この**ご案内と紹介状、保険証**を持って  
**総合受付**にお越しください。

フリガナ			大・昭・平・令		
患者氏名	様	生年月日	年 月 日	性別	男・女
検査日時	年 月 日 時 分	検査項目	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> スパイロメトリー		

## 【注意事項】

- ご都合により検査に来られない場合は、なるべくお早めにご連絡ください。
  - 予約時間以降にご来院頂いた場合は別日程へ変更させて頂く場合がございます。予めご了承ください。
  - 検査の都合で、検査時間が多少前後することがございます。予めご了承ください。
- ※ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

医療法人社団 東光会 八王子山王病院『地域連携課』  
〒192-0042 東京都八王子市中野山王2-15-16  
TEL:042-626-1144 (代表) FAX:042-626-6476

## ◆路線バス

### ●「中野山王」バス停 徒歩3分

JR八王子駅 北口バスターミナル 12番のりば  
京王八王子駅 バスターミナル 4番のりば

・【暁21】中野団地 行

### ●「稲荷坂下」バス停 徒歩8分

JR八王子駅 北口バスターミナル 11番のりば  
京王八王子駅 バスターミナル 4番のりば

・【左01】純心女学園(左入経由) 行

・【左03】戸吹(左入経由) 行

・【16号04】戸吹(みつい台経由) 行

・【16号11】みつい台(八日町経由) 行

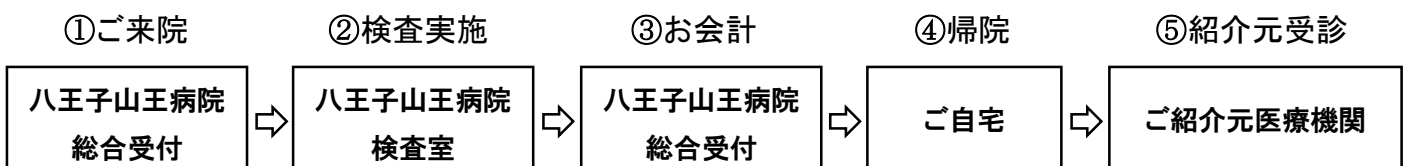
・【い11】みつい台(いちょうホール前経由) 行

## ◆駐車場あり

※詳しくはお電話または当院ホームページ「交通アクセス」ページをご参照ください。

<https://hachioji-sannou.or.jp/>

## 【ご来院の流れ】



※検査当日は当院医師による診察はございません。検査費用のみ当院でご精算いただき、検査結果はご紹介元医療機関を受診の上お聞きください。(検査結果は後日当院よりご紹介元医療機関へお届けいたします。)