

医療機器共同利用のご案内

当院が所有しております医療機器を地域の医療機関の先生方にもご利用頂けますよう、地域医療の一層の充実に向けて医療機器の共同利用を行っております。

検査名	担当診療科	検査日	時間帯 (検査人数)	記録・レポートの 処理
PET/CT	放射線科	月～金	適宜	3日以内に発送
CT	放射線科	火、水、金	火：午後4名 水：午後2名 金：午後2名	レポート・CDR 3日以内に発送
MRI	放射線科	火、木	火：午後3名 木：午後3名	レポート・CDR 3日以内に発送
核医学検査 (骨シンチ)	放射線科	月～金	適宜	3日以内に発送
上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)	消化器科	火、木	火：午前2名 木：午前2名	病理結果は後日発送
心臓超音波検査	循環器科	火	火：午前1名	3日以内に発送
脳波検査	脳神経内科	火、金	火：午後1名 金：午前1名	10日以内に発送
筋電図検査 (形成外科疾患のみ)	リハビリ科	金	金：午後1名	7日以内に発送
終夜睡眠ポリグラフ検査	呼吸器内科	火、木	火：午後1名 木：午後1名	後日発送
呼吸機能検査 (スクリーニング)	呼吸器内科	月～金	各1名	後日発送
呼吸機能セット検査	呼吸器内科	火、木	火：午後1名 木：午後1名	後日発送
外来栄養食事指導	循環器科 栄養管理室	火、金	火：午前1名 金：午前1名	後日発送

▶詳細は次ページ以降をご参照ください

医療機器共同利用のご案内

CT / MR

■CT/MRのご依頼のながれ

(1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

■ 申込書は巻末（P109）の様式をコピーしてご利用ください。また、連携室より郵送またはファックスにてお送りします。ご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

(2) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」などをお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡し下さい。

(3) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」「同意書（サインしたもの）※造影（CTの場合）のみ」・健康保険証、医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

■ 同意書は連携室より郵送またはファックスでお送りします。

(4) 検査結果の報告

検査終了後は報告書を速やかに紹介元医療機関へ郵送いたします。

■ 当院は電子カルテのためフィルムレスとなっておりますのでフィルムの出力は原則いたしておりませんが、フィルムご希望の場合は予約時にお申し出ください。その場合は報告書と一緒にフィルムも郵送いたします。

■ 当院では患者さんへの検査結果の説明はいたしません。ご依頼の先生は郵送した報告書をもとに患者さんに検査結果をご説明下さるようお願いいたします。当院での診療が必要な場合は、あらためて該当診療科宛にご紹介ください。

医療機器共同利用のご案内

CT / MR

■造影CT/MRをご依頼される場合のお願い

同意書の取得と腎機能の検査をお願いします。

(1) 同意書の取得について

当院所定の「造影CT説明同意書」+「造影MRI検査同意書」に沿って患者様に説明していただき、同意書にサインしたものを検査当日に持参してもらうようにご説明ください。説明医師の欄には先生のサインを必ずお願いいたします。当院から郵送またはファクスにてお送りします。なお提出された同意書は当院で保存しますので、感熱紙のファクスで受けられた場合は、普通紙にコピーしてご使用ください。

(2) 腎機能検査について

腎機能の検査は、クレアチニンの採血をお願い致します。結果は検査当日に患者様に持参していただくか、連携室へファクスにてお送りください。なお、3ヶ月以内に採血されたクレアチニンのデータがあれば、それでも結構です。また、過去にヨード系造影剤でアレルギーのあった患者様や、喘息で治療中の患者様は造影剤の使用はできませんのでご注意ください。

■MRIをご依頼される場合の注意事項

心臓ペースメーカーや脳動脈瘤クリップ（非チタン製）が有る患者様、閉所恐怖症の患者様は、MRI検査はできませんので、ご注意ください。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）



03-3411-2595



03-3411-2596

医療機器共同利用のご案内

核医学検査

■核医学検査ご依頼のながれ

(1) 専用伝票の記入

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の巻末 (P107) 「医療機器共同利用申込書 (診療情報提供書)」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

(2) 予約枠の取得

東京医療センター核医学センターへお電話ください。

☎ 03-6859-1720

予約枠の確定・伝票記入事項の確認を行います。

(3) FAXの送付

核医学検査用診療情報提供書を記入していただきFAXにてお送りください。

☎ 03-6859-1720 (※電話と同一番号です)

以上で予約の手順は終了です。

核医学検査用診療情報提供書は巻末 (P107) の様式をコピーしてご利用ください。または連携室より郵送またはファクスにてお送りします。ご希望の場合はご連絡ください (直通03-3411-2595)。

※診療情報提供書の記載不備や、保険適応の内容によっては、再度こちらから連絡をさせていただくことがあります。

(4) 検査結果の送付

患者様の検査結果は、CD-ROMにて専門医による読影レポートとともにお届けいたします。お届けまでのお時間は、最大で1週間程度、頂戴いたします。

ご不明な点がございましたら核医学センターまでお問い合わせください。

担当部署：核医学センター (受付時間：平日 8時30分～17時00分まで)



03-6859-1720

医療機器共同利用のご案内

上部消化管内視鏡検査

■上部消化管内視鏡検査のご依頼のながれ

(1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

(2) 患者さんへのご説明・検査同意書の取得をお願いします

当院所定の「上部消化管内視鏡検査同意書」に沿って胃カメラの目的や合併症などについて患者様に説明していただき、同意書にサインしたものを検査当日に持参してもらうようにご説明ください。説明医師の欄には先生のサインを必ずお願いいたします。

申込書は巻末（P109）の様式をコピーしてご利用ください。また同意書は、当院から郵送またはファクスにてお送りします。なお提出された同意書は当院で保存しますので、感熱紙のファクスで受けられた場合は、普通紙にコピーしてご使用ください。

(3) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」などをお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」「検査案内」の計6枚をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡し下さい。

(4) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「検査案内」「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」「検査案内」「同意書（サインしたの）」・健康保険証、医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

(5) 検査結果の報告

検査終了後に結果（内視鏡所見のコピー）を後日郵送いたします。

なお、当日生検を行った場合も後日、病理検査結果報告書のコピーを先生宛に郵送いたします。（所要日数1～2週間）

■上部消化管内視鏡検査のご依頼にあたってご確認をお願いします

「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」をご用意いただく際に、薬のアレルギー・治療中の病気、内服薬などがありましたら必ずご記入ください。特にワーファリンやアスピリンなどで抗凝固療法を施行中の場合は生検ができませんので明記して下さるようお願いいたします。なお、感染症の採血は必要ありません。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日8時30分～17時00分まで）



03-3411-2595



03-3411-2596

医療機器共同利用のご案内

心臓超音波 脳波検査 筋電図検査

■心臓超音波検査などのご依頼のながれ

(1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

申込書は巻末（P109）の様式をコピーしてご利用ください。また、連携室より郵送またはファクスにてお送りすることもできますのでご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

(2) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」をお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡しください。

(3) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」・健康保険証・医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

(4) 検査結果の報告

検査終了後は報告書を速やかに紹介元医療機関へ郵送いたします。

当院では患者様への検査結果の説明はいたしません。ご依頼の先生は郵送した報告書をもとに患者様に検査結果をご説明下さるようお願いいたします。

当院での診療が必要な場合は、あらためて担当診療科宛にご紹介ください。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）



03-3411-2595



03-3411-2596

医療機器共同利用のご案内

外来栄養食事指導のご案内



糖尿病や高血圧、脂質異常症等の生活習慣病でお困りの患者さまはいらっしゃいませんか？

当院の管理栄養士による栄養食事指導は個人指導だけでも毎年3000件以上の実績を有しております。患者さんに寄り添う、きめ細かい指導により、患者さんの栄養状態の改善を導き、先生方の診療を栄養面からサポートさせていただきます。

【栄養食事指導内容】

* 糖尿病・脂質異常症・高度肥満症・高血圧・腎臓病など

【栄養食事指導例】

- * 栄養の意義、疾患別食事療法についての説明
- * 患者さん及びご家族のライフスタイルに合った食事プランの提案
- * アルコール、間食、運動不足など生活習慣是正に関する具体的な行動支援
- * 外食・宅配食や栄養補助食品に関する情報提供

上記のほか、患者さんひとりひとりの状況に応じた丁寧な指導を心がけています。

【参考】患者さまのご負担額

項目	保険点数
初診料	288
外来栄養食事指導料	260
診療情報提供料(1)	250
合計	798

自己負担額の一例

70歳未満（3割負担の方） **2,390円**

75歳以上（1割負担の方） **800円**

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）

☎ 03-3411-2595



03-3411-2596

外来栄養食事指導のご依頼

■外来栄養食事指導のご依頼のながれ

(1) FAXにてお申込み

紹介医療機関において、当院連携室宛て専用の「栄養指導共同利用申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入していただき、FAXで送信して下さい。

申込書は巻末（P108）の様式をコピーしてご利用ください。また、連携室より郵送またはファクスにてお送りすることもできますのでご希望の場合はご連絡ください（直通03-3411-2595）。

(2) 東京医療センターからFAXにて「紹介予約券」などをお送り致します

検査予約日が決定しましたら折り返し「紹介予約券」をFAXにてお送りいたしますので患者さんにお渡下さい。

(3) 紹介予約券などを患者さんにお渡し下さい

患者さんは「紹介予約券」の案内をお読みいただき、「栄養指導共同利用申込書（診療情報提供書）」の原本・「紹介予約券」・健康保険証、医療証（お持ちの方のみ）をご持参になり、外来診療棟1階初診受付にお越し下さい。

(4) 検査結果の報告

検査終了後は栄養指導内容を記載した報告書を速やかに紹介元医療機関へ郵送いたします。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

担当部署：地域医療連携室（受付時間：平日 8時30分～17時00分まで）



03-3411-2595



03-3411-2596

(様式2)

核医学検査共同利用申込書 (診療情報提供書)

紹介日: 年 月 日

紹介先

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター
担当医 宛

所在地	
医療機関名	
電話	FAX
医師名	印

下記患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。
なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

検査予定日時	年 月 日 () 時 分	
フガナ 患者氏名:	明・大・昭・平 年 月 日 (歳 男・女	
住所	〒 電話	
当院受診歴	診察券番号: 有・無 — —)	旧姓() ※当院最終来院後、改姓された方のみ
依頼検査	<input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ (MBG安静) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (99mTc安静:認知症診断) <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (123I-IMP安静:血管狭窄診断) <input type="checkbox"/> 脳イオフルパンシンチ (ドーパミントランスポーター) <input type="checkbox"/> その他 _____	
検査目的 病状経過		

※太枠内をご記入ください

核医学センター FAX番号: 03-6859-1720 (平日9:00~15:30)

※注意事項

- 心筋交感神経シンチ
 - ・レセルピン、三環系抗うつ剤は服用禁止

- 脳イオフルパンシンチ
 - ・レセルピン、三環系抗うつ剤は服用禁止

(様式3)

栄養指導共同利用申込書(診療情報提供書)

紹介日: 年 月 日

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター

担当医 宛

依頼は循環器科が窓口です

所在地	
医療機関名	
電話	F A X
医師名	印

下記患者さんについて、栄養指導の共同利用を申し込みます。
なお、指導中に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ: 患者氏名:	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 男・女
住所 〒	電話
当院受診歴	有・無 (診察券番号: - -) 旧姓() ※当院最終来院後、改姓された方のみ
指導目的	<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 心臓、高血圧食 <input type="checkbox"/> 高度肥満食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> その他
事前確認項目	<input type="checkbox"/> 病名 : _____ } <input type="checkbox"/> 身長 : _____ cm } (*全て記入必須です) <input type="checkbox"/> 体重 : _____ kg }
依頼内容	希望される指導内容に記入をお願いします。 ()Kcal、塩分()g、蛋白()g、カリウム()g
希望日 火・金 11:30	第一希望 年 月 日() 第二希望 年 月 日()
健康保険証 ※コピーしたものをFAXしていただくか、下記に記入して下さい。 保険者番号 : ① 公費番号 : 記号 : 受給者番号 : 番号 : (本人・家族) (負担割合 : 1割 ・ 3割) ② 公費番号 : ③ 公費番号 : 受給者番号 : 受給者番号 :	

※お願い
紹介状に最新の採血結果を同封下さい

※太枠内をご記入ください

地域医療連携室FAX番号:03-3411-2596(平日8:30~16:30)

(様式1)

医療機器共同利用申込書(診療情報提供書) Ver4

紹介日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター
担当医 宛

所在地	
医療機関名	
電話	F A X
医師名	印

下記患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。
なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ:	明・大・昭・平・令	年	月	日
患者氏名:	(歳)	男	女	
住所	電話			
当院受診歴	有・無 (診察券番号: - -)	旧姓()		
依頼検査	<input type="checkbox"/> 筋電図(整形疾患用) <input type="checkbox"/> 磁気共鳴診断(MRI) <input type="checkbox"/> 脳波検査 (MRA希望の場合: <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA) <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 (造影MRI希望の場合: <input type="checkbox"/> 造影あり ※2) <input type="checkbox"/> コンピュータ断層診断(単純CT) <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)※1 <input type="checkbox"/> コンピュータ断層診断(造影CT)※ ※1内視鏡検査(胃カメラ)と造影CT・造影MRIには同意書(当院書式)の取得をお願いしております ※2造影依頼されている場合でも当院放射線科医の判断で造影を中止することがあります <input type="checkbox"/> 呼吸機能スクリーニング(VC+FVC) <input type="checkbox"/> 呼吸機能セット(VC+FVC+FRC) <input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフ(簡易型) <input type="checkbox"/> 呼吸機能セット(VC+FVC+FRC+DLCO)			
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> その他()			
検査目的 病状経過				
造影の場合 (CT・MRI)	◆Cr値(mg/dL: 測定日 年 月 日) ◆気管支喘息(有 無)			
MRIの場合	◆心臓ペースメーカー(有 無) ◆非子タン性脳動脈クリップ(有 無) ◆閉所恐怖症(有 無)			
検査希望日	第一希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日() 第二希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日()			
健康保険証 ※コピーしたものをFAXしていただくか、下記に記入して下さい。	保険者番号: ① 公費番号: COVID-19 海外渡航歴 (有・無) 記号: 受給者番号: 関連 濃厚接触 (有・無) 番号: (本人・家族) (負担割合: 1割・3割) 発熱 (有・無) ② 公費番号: ③ 公費番号: 呼吸器症状 (有・無) 受給者番号: 受給者番号:			

※太枠内をご記入ください

地域医療連携室FAX番号:03-3411-2596(平日8:30~16:30)

- Web-NTMC MR問診票FAX済 検査オーダー済 胃カメラ問診票・同意書FAX済
 管理台帳 造影同意書FAX済 申込書スキャン済

放射線科		日付	連携室
医師	技師		