

地域医療支援室 宛

医療機関名

(FAX 072-265-9134)

医師名

TEL

FAX

| | |
|---|---|
| <p>[ご要望]</p> <p>・当院での患者様への検査結果説明(診察)</p> <p>1. 要 2. 不要</p> <p>・その他()</p> | <p>[所見返送形式]</p> <p>1. FAX送信 2. 封書郵送</p> <p>[送迎のご希望]</p> <p>1. 要 2. 不要</p> |
|---|---|

| | | |
|---|---------------------------|-------------------|
| 患者様 | M・T・S・H | 当院受診歴 (無 ・ 有) |
| フリガナ 氏名 | 様 生年月日 年 月 | 日生 性別(男・女) |
| 住所 | | TEL - - |
| 患者様のご都合の悪い日 | | |
| ◎アレルギー 有 () ・ 無 | | |

| | | |
|-------------|------|---------|
| [診断名又は疑い病名] | [病歴] | [ご依頼目的] |
|-------------|------|---------|

【検査項目】 ご依頼項目に○印をお付け下さい。

| | |
|--|---|
| <p><放射線科></p> <p>1 CT (※) (部位)</p> <p>(造影剤 有 ・ 無)</p> <p>2 MRI (※) (部位)</p> <p>(造影剤 有 ・ 無)</p> <p><消化器></p> <p>3 上部消化管内視鏡(鎮静剤(※) 要 ・ 不要)</p> <p>4 大腸内視鏡 (※)(鎮静剤(※) 要 ・ 不要)</p> <p>5 超音波検査(腹部)</p> <p>6 食道・胃・十二指腸造影 (※)</p> <p>7 注腸 (※)</p> | <p><循環器></p> <p>8 超音波検査 (心臓) (※)</p> <p>9 負荷心電図 (トレッドミル) (※)</p> <p>10 カルジオホン (携帯心電図)</p> <p><その他></p> <p>11 超音波検査</p> <p>乳腺 ・ 甲状腺</p> <p>頸動脈血流 ・ その他 ()</p> <p>12 肺機能検査 (VC、FVC、精密)</p> <p>13 その他・検査機能案内参照</p> <p>()</p> |
|--|---|

※1,2 CT, MRIで造影剤有りの場合は血清クレアチン値のデータを一緒にFAXしてください。

※3,4 鎮静剤使用をご希望の患者様については、検査当日の自動車・バイク・自転車でのご来院は絶対にやめるようにお伝え下さい。

※3,4,7 上部消化管内視鏡、大腸内視鏡、注腸をご依頼される場合は、現在の処方内容をご記入下さい。

[現在の処方内容]

※4 大腸内視鏡検査は、先に消化器科を受診していただいた上で、検査日時を決定させていただきます。

※6,7 食道・胃・十二指腸造影、注腸の場合、ご記入下さい。➡ ブスコパン使用 (可 ・ 不可)

※8,9 心エコー、トレッドミルをご依頼される場合で、心電図のデータがあれば、この検査予約依頼票と一緒に先にFAXして下さい。

検査の予約に関するお問い合わせは、地域医療支援室へご連絡ください。 TEL 072-265-9083