

検査依頼申込書 兼 診療情報提供書

F A X送信先：地域医療支援センター 医療連携室 0172-59-1631

F A X送信日：平成 年 月 日

【依頼元】登録医療機関名 _____

医師名 _____ 科 _____ 先生

【患者さんの情報】

氏名	フリガナ	性別	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 -			電話番号	- -
当院 受診歴	初診・再診（再診の場合、当院ID _____）				
傷病名					
<検査目的（症状及び治療経過・既往歴・家族歴）等>					
<検査項目> Wa-R（-・+・不明） HBsAg（-・+・不明） HCV（-・+・不明） 内視鏡検査の場合：心電図所見（ ）、易出血性内服薬：無・有（ ）					

【希望検査】 希望検査項目の□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> CT検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎（ ） <input type="checkbox"/> 四肢（ ） <input type="checkbox"/> 歯・顎顔面	<input type="checkbox"/> MRI検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎（ ） <input type="checkbox"/> 四肢（ ） <input type="checkbox"/> MRA（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> RI検査 検査項目 <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ	【禁忌項目】 （必ずご記入下さい） 体内金属 無・有（有の場合は下記にチェック） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 磁性体動脈クリップ <input type="checkbox"/> 植込除細動器 <input type="checkbox"/> 磁性体心臓人工弁置換 <input type="checkbox"/> シェントバルブ <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 超音波検査（午前中） 検査部位 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸部血管	【注意事項】 <input type="checkbox"/> 人工関節置換（置換時期：S・H 年） <input type="checkbox"/> 管腔内ステント（挿入時期：H 年 月） <input type="checkbox"/> 仰臥位静止困難 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病（インスリン 有・無、ビグアナイド系 有・無） <input type="checkbox"/> 妊娠
<input type="checkbox"/> その他 検査部位 <input type="checkbox"/> ホルターECG（解析依頼書が必要です） <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> フォルム（下肢静脈瘤のある方はできません）	

【送付する画像データの希望様式】 不要 CD-R DVD-R フィルム

【検査希望日】 平成 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

*本状のFAX送信をお願いいたします。