

検査依頼申込書 兼 診療情報提供書

FAX送信先：地域医療支援センター 医療連携室 0172-59-1631

FAX送信日：令和 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 I D _____）			身長	cm・体重 kg
傷病名					
<検査目的等（症状及び治療経過・既往歴・家族歴）>					
<検査項目> TP抗体（-・+・不明） RPR（-・+・不明） HBsAg（-・+・不明） HCV（-・+・不明）					
海外渡航歴	国名・帰国日	県外への 移動歴	都道府県名・帰省日		
無・有（	）		無・有（	）	

【希望検査】希望項目の□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> MRI検査
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"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎（ ） <input type="checkbox"/> 四肢（ ） <input type="checkbox"/> 歯・顎顔面	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"/> 超音波検査（火・金曜日の午前中）	【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"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他	【注意事項】 <input type="checkbox"/> 人工関節置換（置換時期：S・H・R 年） <input type="checkbox"/> 管腔内ステント（挿入時期：H・R 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、ビッグアノイド系 有・無） <input type="checkbox"/> 妊娠
検査項目 <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"/> フォロム（下肢静脈瘤のある方はできません） <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査（ <input type="checkbox"/> VC・FVC <input type="checkbox"/> モストグラフ）	

【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】	令和 年 月 日（ ）	午前・午後	時 分
---------	-------------	-------	-----

*本状のFAX送信をお願いいたします。