

地域医療支援室 宛

医療機関名

(FAX 072-265-9134)

医師名

TEL

FAX

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

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。	
〈放射線科〉		〈循環器〉	
1 CT(※)	(部位)	8 超音波検査(心臓)(※)	
	(造影剤 有 ・ 無)	9 負荷心電図(トレッドミル)(※)	
2 MRI(※)	(部位)	10 ホルター心電図	
	(造影剤 有 ・ 無)		
※ MRAの希望をご記入ください。		〈その他〉	
(要 ・ 不要)		11 超音波検査	
〈消化器〉		乳腺 ・ 甲状腺	
3 上部消化管内視鏡(鎮静剤※ 要 ・ 不要)		頸動脈血流 ・ その他()	
4 大腸内視鏡(※)(鎮静剤※ 要 ・ 不要)		12 肺機能検査(VC、FVC、精密)	
5 超音波検査(腹部)		13 その他・検査機能案内参照	
6 食道・胃・十二指腸造影(※)		()	
7 注腸(※)		14 RI(シンチ名:)	
※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。 [現在の処方内容]			
※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。			
※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