

公立陶生病院臨床検査依頼書 I

医療機関名 _____

医 師 名 _____

ふりがな 患者氏名		様 (男・女)		大・昭 平・令	年	月	日生
現住所 〒							
電話番号		自宅 ()	—	日中に連絡が付きやすい電話		当院	有 ・ 無
		携帯 ()	—	番号を記入してください		受診歴	
検査 希望日	有 (第1希望 月 日 / 第2希望 月 日 / 第3希望 月 日) ・ 無						
	☆予約日の日程調整方法について✓をお願いします 公立陶生病院が <input type="checkbox"/> 患者さんで行う <input type="checkbox"/> 医療機関で行う						
依頼検査項目 (レ点で選択ください)	CT		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (別紙: 造影CT問診票が必要です。)				
			<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"/> その他 ()				
			<input type="checkbox"/> 冠動脈CT (別紙: 造影CT問診票が必要です。また、心臓以外の検査は別途ご依頼が必要です)				
	MR		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影				
			<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎				
			<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	土曜日CT・MR		土曜日 <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI (単純のみ)				
			<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎				
			<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	RI		<input type="checkbox"/> RIシンチ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> その他 ()				
超音波		<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー		<input type="checkbox"/> ABI+頸動脈エコー		<input type="checkbox"/> 腹部エコー	
内視鏡		<input type="checkbox"/> 経口胃内視鏡希望 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡を希望 (どちらかにチェックをして下さい。)					
		*抗凝固薬、抗血小板薬を内服中の患者さんについて、1剤を内服中の方は生検できますが、2剤以上を内服中の方は生検不可となります。					
注腸		<input type="checkbox"/> 注腸検査 検査時に実施する注射薬を指定してください。			脳波		<input type="checkbox"/> 脳波
		<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> なし					
<input type="checkbox"/> 動脈硬化 Lite							
<input type="checkbox"/> 骨塩定量 ※				<input type="checkbox"/> 肺機能A+ (肺活量・努力性肺活量) ※			
患者さんの状況		●心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		●植込み型心電計 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		●ICD 植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		●妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		●人工内耳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		●刺青 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)			
				●人工関節等金属類 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)			

※紹介状は不要です。委託検査になります。(患者さんに保険請求せず、後日貴院へ請求します。)

診療情報提供欄 (画像データは不要です)	備考: がん検診後の精密検査 有 ・ 無 (胃内視鏡、下部消化管検査の場合)	
	(主訴、検査目的、薬剤アレルギー等)	
	医療コンシェルジュ (案内係) 希望 (する ・ しない)	