

公立陶生病院臨床検査依頼書兼受付書

医療機関名 _____

医 師 名 _____

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--------|
| ふりがな 患者氏名 | 大・昭 様 (男・女) 平・令 | 年 月 日生 |
| 現住所 | | |
| 電話番号 () - ※日中に必ず連絡がつく番号を記入してください | 当院受診歴 | 有 ・ 無 |

◎ 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 ※いずれかに✓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 (下記項目に○印を付けてください)

| | | | | | |
|---|-------------------------|---|----------------------------|---|----------------------------|
| 放 | C T 単純・造影 (部位) | 循 | 動脈硬化予約区分 (A B C D E) ※1 | | |
| 放 | M R I 単純・造影 (部位) | 循 | 冠動脈 C T | 消 | 胃内視鏡 ※2・※3 |
| 放 | R I (シンチ) (部位) | 神 | 頸動脈エコー | 消 | 注腸検査 ※2 |
| 代 | A B I + 頸動脈エコー | 神 | 脳波 | 消 | 腹部超音波 |
| | 骨塩定量 ※4 (◆ 紹介状は不要です) | | 肺機能 A + ※4 (◆ 紹介状は不要です) | 放 | 土曜日 C T ・ M R I ※5 (部位) |

※1) 動脈硬化予約区分の各内容は別紙パンフレットをご参照ください。

※2) 胃カメラ、ダラム検査時に実施する注射薬を指定してください。

(1) ブスコパン (2) グルカゴン (3) なし

※3) 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。

※4) 委託検査になります。(当院では患者さんに保険請求せず、貴院よりしていただきます)

※5) 土曜日のC T、M R Iは単純のみとなります。

◎ 診療情報提供欄

| | | |
|---------------------------------|-------|-------------------|
| 備考：がん検診後の二次精査 | 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) | | |