

## 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 ① ( )	—	日中に連絡がつく電話番号 を記入してください		当院 受診歴	有 ・ 無	
電話番号 ② ( )	—					
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"/> 患者さんを行う <input type="checkbox"/> 医療機関を行う					
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。)				
	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"/> 胃内視鏡 検査時に実施する注射薬を指定してください。 <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> なし *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。 <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> なし		脳波	<input type="checkbox"/> 脳波	
	動脈硬化	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 予約区分: 各内容はパンフレット参照 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E				
		<input type="checkbox"/> 骨塩定量 ※		<input type="checkbox"/> 肺機能A+ ※		
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 )			

※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	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 )