

検査予約依頼書・診療情報提供書

平成 年 月 日

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------|------------------|
| 香芝生喜病院 | 地域医療連携室 (FAX番号が変わりました) | FAX | 0745-71-8120(専用) |
| | | TEL | 0745-44-8005(直通) |
| 紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。) | | 検査希望日 | |
| 所在地 | | ① | 月 日 () |
| 名称 | | ② | 月 日 () |
| 電話 | | ③ | 希望なし |
| FAX | | ご都合の悪い日 | |
| 医師名 | | 月 日 () | |

●患者基本情報 (当院に受診歴のある場合、患者IDも記載してください。患者ID:)

| | | | |
|-------|-----|-------|------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | 様 | 男・女 | M・T 年 月 日 S・H |
| 住所 | 〒 - | | |
| 自宅TEL | | 携帯TEL | |

病名・検査目的・臨床経過・服用薬剤・既往歴等 (貴院の診療情報提供書等を使用して頂いても結構です)

●MRI検査部位 単純 造影 ※問診票は必須です。問診票なき場合は検査できません。
※造影の場合は血液データにより検査できない場合があります。同意書・問診票は必須です。

・頭部 ・頸部MRA ・頸椎 ・腰椎 ・肝臓 ・MRCP ・子宮/卵巣 ・前立腺
・肩(右・左) ・膝(右・左) ・股関節(右・左) ・その他()

●CT検査部位 単純 造影 ※造影の場合は血液データにより検査できない場合があります。同意書・問診票は必須です。

・頭部 ・心臓 ・副鼻腔 ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・骨盤腔 ・上腹部～骨盤
・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・四肢() ・その他()

●骨密度 腰椎 腰椎・大腿骨(右・左) ●その他()

●超音波(エコー)検査 ※薬物負荷心臓エコーは木の午後のみ検査実施。他は月～土(祝日除く)の午前、午後ともに検査実施。

・心臓 ・頸動脈 ・下肢動脈 ・深部静脈血栓(DVT) ・下肢静脈瘤(Varix) ・腎動脈
・腹部 ・甲状腺 ・乳腺 ・薬物(ドブタミン)負荷心臓エコー※薬物負荷の場合、βブロッカー薬は検査当日は中止して下さい

●ABI検査 ABIのみ ABI & TBI 【身長 体重】

●ホルター心電図(24時間心電図) ※翌日も心電図をはずしにご来院下さい。

●トレッドミル検査 ※木の午後のみ検査実施。

●脳波検査 ※成人脳波のみ実施可能です。

(注)検査当日、予約票を初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)
 地域医療連携室 : 月～金 9:00～19:00 土 9:00～12:30 0745-44-8005(直通)
 上記受付時間以外は医事課で対応し翌日(祝日は除く)、地域医療連携室よりご連絡いたします。 0745-71-3113(代表)