

(放射線検査/生理検査申込書)

診療情報提供書

ID番号: _____

茅ヶ崎中央病院

年 月 日

| | | | | | | | |
|--------|---------|---|-------------|---|---|---|------|
| フリガナ | | 男 | M | 年 | 月 | 日 | 生まれ |
| 患者様氏名 | | 女 | T S H | | | | (歳) |
| 住所 | TEL () | | | | | | |
| 所在地: | | | | | | | |
| 医療機関名: | | | | | | | |
| 医師名: | TEL: | | | | | | |
| | FAX: | | | | | | |

| | | | |
|------|--|------|--|
| 検査項目 | ・放射線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> MMG (乳房撮影) <input type="checkbox"/> MRI (1°-スリーカ装着者不可) <input type="checkbox"/> その他 () | 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢・下肢 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ・生理検査 <input type="checkbox"/> ABI (動脈硬化検査) <input type="checkbox"/> 超音波 | 検査部位 | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 表在 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢深部静脈 |
| | ・その他 () | 出力形式 | CD |

| | |
|-----|--|
| 造影剤 | <p><u>使用</u> ・ <u>不使用</u></p> <p>↳ 腎機能(クレアチニン)の値が必要です。血液検査データ 持参 ・ 中央病院にて検査</p> <p>⇨ 検査時間 約1時間</p> <p>※造影剤使用の場合、問診票へのご記入をお願いします。 ※クレアチニン値 1.7以上および禁忌事項に該当する方の造影検査は控えさせていただきます。 詳しくは別紙をご覧ください。 ※CT、MRIの検査日当日の食事 AM検査の時 → 朝食× PM検査の時 → 昼食×</p> |
|-----|--|

| | | |
|-----|----------|-----------|
| 診断名 | (主訴) () | (診断名) () |
|-----|----------|-----------|

| | | | |
|-------|--------------|------------|--|
| 個人データ | ・感染 | 有 ・ 無 () | 検査目的 または 症状についての患者様情報 (具体的な読影部位のご希望がありましたらお書きください。) |
| | ・人工臓器 | 有 ・ 無 () | |
| | ・手術歴 (時期・内容) | 有 ・ 無 () | |
| | ・アレルギー、喘息 | 有 ・ 無 () | |
| | ・てんかん | 有 ・ 無 () | |
| | ・閉所恐怖症 | 有 ・ 無 () | |
| | ・妊娠 | 有 ・ 無 (週) | |
| | ・体内金属 | 有 ・ 無 () | |
| ・体重 | kg | | |

| | |
|------|-------------|
| 検査日時 | 月 日 () 時 分 |
|------|-------------|

*ご記入いただきましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。

| | |
|------------------------------|---|
| FAX番号 0467-87-5119 | 茅ヶ崎中央病院 地域連携室 TEL①0467-86-6530 ②0467-88-5650 |
|------------------------------|---|