

検査予約申込書 (FAX用)

紹介元医療機関名

医師名 _____ (印) TEL _____

住所 _____ FAX _____

●受診希望日 第1希望 月 日 () 曜
 第2希望 月 日 () 曜

備考 { _____ }

患者情報	必須 フリガナ	性別 男 ・ 女	
	患者氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	〒 - 住所		
	TEL	受診歴 あり・なし	<input type="checkbox"/> 24時間連携在宅患者

診療情報提供書

診療情報欄	必須 傷病名及び主訴	
	紹介目的及び治療経過	
17時以降の検査予約の読影 (有・無) 抗凝固剤服用 (有・無) () 日前より休薬しています。		

検査申込欄	CT・MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 造影剤アレルギー (有・無) 喘息 腎機能障害	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位 ()
		<input type="checkbox"/> MRI ↓ ペースメーカー 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位 ()
	大腸検査	<input type="checkbox"/> 大腸CT 嚥下障害 (有・無)	<input type="checkbox"/> 透視検査 <input type="checkbox"/> 食道・胃透視 嚥下障害 (有・無)
	一般撮影	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (DXA) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻胃カメラ <input type="checkbox"/> PEG交換 () <input type="checkbox"/> 大腸カメラ (<input type="checkbox"/> スクリーニングのみ希望) 嚥下障害 (有・無) <input type="checkbox"/> 鎮静剤服用 (有・無) <input type="checkbox"/> 結果報告CD (有・無)	
	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他 ()	
循環器検査	<input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図	24時間ホルターは装着の為2日間の来院となります。検査結果につきましては検査終了後10日以内の郵送となります	

造影検査・循環器検査につきましては問診票と同意書をおもちください