

検査申込書 兼 診療情報提供書

紹介元

令和 年 月 日

医療機関名		電話番号	
医師名	印	FAX番号	
住所	〒		

患者情報

(フリガナ) 患者氏名		性別	男	女
住所		生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日生
電話番号		携帯番号		

予約内容

※診療情報提供書を別に発行される場合は事前にFAX(処方・検査データ・所見・心電図等含む)をお願いいたします。原本は患者様を通じてなど当院にご提出頂きますようお願いいたします。

CT	冠動脈【検査時10秒程度の息止め必要です】	結果返し方法 (当院循環器外来 ・ 紹介元)
	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤部 その他()	
撮影方法	単純 造影: 喘息治療中は原則禁忌 3ヶ月以内Cre値()	
MRI	頭部(ルーチン・脳卒中疑い・認知症疑い) 頸部(顎下頸部・甲状腺) 胸部 上腹部 肝 腎 頸椎 胸椎 腰椎 肩関節(右・左) 膝関節(右・左) 股関節(右・左) 骨盤部 MRCP MR-Angio(部位) その他()	
	★体内植込デバイス 無・有 (問診票禁忌項目無・有→撮影不可、条件つき撮影項目無・有→別紙同意書FAXします)	
撮影方法	単純 造影 喘息治療中は原則禁忌 3ヶ月以内Cre値()	ペースメーカー (有・無)
透視	胃透視 注腸 骨塩定量(DEXA) その他()	
内視鏡	胃内視鏡(経口・経鼻・経口鎮静剤使用) シグモイドファイバー・プロコファイバー	
大腸内視鏡	当日・前日入院【電話にて要相談】	
※注意事項	※ 抗血小板薬・抗凝固剤を服用状況 (・服用なし・1剤・2剤) ・休業()剤 ※ ポリペク・生検について服薬内容やポリープの大きさによって、当日の施行医の判断でさせていただきます。 なお ワーファリン服用時は当日、採血検査させていただきます。 詳しくは別紙「抗血小板薬・抗凝固剤中止について」をご確認ください。 ※ 検査結果返し方法 紹介元にFAX,郵送いたします ※ 鎮静胃カメラをお申し込みされる場合・80歳以上の方はお付き添いをお願いします。 帰宅後も独りにならないようご注意ください。 ※ 大腸ファイバーの前処置の下剤 (・紹介元でお渡し・患者宅へ郵送・耳原総合病院でお渡し)	
エコー	腹部 心臓 甲状腺 頸動脈 乳腺 骨盤 体表腫瘍	ドップラー(下肢動・静脈、腎動脈)
生理機能	トレッドミル ホルター(24時間)心電図 スパイロ	
	ABI(CAVI含む) 身長 cm・体重 Kg	
RI 右に記載のないものは お問い合わせください	心筋シンチ アデノシン負荷心筋シンチ 甲状腺シンチ 副甲状腺シンチ ダットシンチ 心RI(心プール) 骨シンチ ガリウムシンチ 腎ダイナミック	
乳癌検診	堺市乳癌検診マンモグラフィー【40歳以上の偶数年齢の方対象】	

診療情報

【別紙にて診療情報提供書 (あり・なし) 別紙にて処方録 (あり・なし)】

傷病名・病状、既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、現在の処方等(紹介理由)

※※別紙にて【診療情報提供書】をFAX添付いただく場合は記載不要です※※

予約希望日

1、第1希望 月 日 2、第2希望 月 日 3、いつでも良い

送迎 必要→ ストレッチャー・車椅子(リクライニング・普通・当院貸出)・独歩(座位保持可能) 付添い(有・無)

不要

(付添人数 人)

耳原総合病院 サポートセンター 地域連携室

*緊急時は下記にお電話にてご相談下さい。

受付時間 8:30~20:00【月~金】 8:30~13:00【土】 祝日休み

TEL 0120-198-338 FAX 072-241-0208(24時間稼働、時間外受付分は翌営業日対応)