常陸大宮済生会病院検査申込票診 療 情 報 提 供 書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 科 |  | 先生 御侍史 | 申込日　　令和　　　年　　　月　　　日 |

 |
| 検査項目 | ・心エコー　　　　・腹部エコー　　・血管エコー　　 ・ホルター心電図・２４時間血圧計　・トレッドミル　・動脈硬化検査（脈波）　・胃カメラ・ＣＴ　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　造影：有・無・ＭＲＩ（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　造影：有・無 | 検査希望日 |

　　（検査項目に○をつけてください。）

【紹介元医療機関】

【紹介患者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 【医療機関名】 |  | 【　紹介内容　】 |
| 傷　病　名：(診　断) |
| 【所在地】 |
| 【症状経過及び検査結果】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　【治療経過】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　【現在の処方】 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　【備　考】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |
| 【医師名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【ＴＥＬ】 |
| 【ＦＡＸ】　 |
|  | （フリガナ）　 |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　所：TEL： |
| 生年月日：M・T・S・H・R　　年　　月　　日 |
| 性　　別：　　　　**男　　・　　女** |
| 常陸大宮済生会病院受診歴：　無　・　有ID（有の場合）：No.　　　　　　　　 |
| 各　種　検　査　等 | ≪内視鏡検査の場合≫抗凝固薬服用中の場合お薬名（　　　　　　　　　　）[ ] 休薬指示（　　　　　　　　　　）[ ] 継続指示 |
|  |
| 使用可能な注射薬（○をつけてください）ブスコパン（　　）グルカゴン（　　）両方不可（　　） |
| ≪造影ＣＴ・造影ＭＲＩの場合≫BUN,Creの採血結果をFAXしてください（3か月以内のもの）アレルギーの有無無　　　有　（抗原・疾患）（　　　　　　　　　　　　）喘息等の有無無　　　有 | ※必要がある場合には画像診断フィルム・検査の記録を添付してください。※ご不明な点は、地域医療連携室にお問い合わせください。　連絡先：常陸大宮済生会病院　地域医療連携室　　　　　　　　　TEL：0295－54－8171 (直通)　　　 0295－52－5151 (代表)　　FAX：0295－54－8110 |