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		検査希望日
	・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	

（検査項目に○をつけてください。）

【紹介元医療機関】

【医療機関名】

【所在地】

【医師名】

【TEL】

【FAX】

【紹介患者情報】

（フリガナ）

患者氏名：

住　所：

TEL：

生年月日：T・S・H・R　　年　　月　　日

性　　別：　　男　・　女

身長：　　cm　　体重：　　kg

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, eGFR 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
糖尿薬（ビグアナイド薬剤）の有無　無　有

【　紹介内容　】

傷　病　名：
（診　断）

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【体内異物・金属】　無　・　有

【MRI 閉所恐怖症】　無　・　有

【現在の処方】

【備　考】

※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