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  ・骨密度(DEXA法)　・筋電図　　　　・肺機能検査 | 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】        【体内異物・金属】　　無　・　有    【MRI閉所恐怖症】　　無　・　有    【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：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 | ※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 |