

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	検査希望日
	・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》 <u>BUN, eGFRの採血結果をFAXしてください（3か月以内のもの）</u> 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