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　・動脈硬化検査（脈波） ・胃カメラ　・骨密度（DEXA 法）　・筋電図　・肺機能検査 ・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：M・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 ヶ月以内のもの）

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】

※【予約 FAX 受付時間】平日　８：３０ ～ １７：００

※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

※ 受付時間外、休診日に届いた場合は 翌診療稼働日 の対応となります。