

検査 依頼票(診療情報提供書)



令和 年 月 日

碧南市民病院 御中

地域連携室 TEL : (0566) 45-2616

FAX : (0566) 46-3774

先生

住所:	
施設名:	
医師名:	印
TEL:	
FAX:	

フリガナ		性別		生年月日	
氏名				M・T・S・H・R	年 月 日
住所	〒	TEL			
予約希望日	(1) 令和 年 月 日			午前・午後	
	(2) 令和 年 月 日			午前・午後	
※臨床情報・経過・依頼目的・処方など					

※ご希望の検査項目に○をつけてください。

画像診断	CT単純	頭部	顔面	頸部	胸部	上腹部	骨盤	その他()			
	CT造影	頭部	顔面	頸部	胸部	上腹部	骨盤	その他()			
	MRI単純	頭部MRI+MRA単純			頸椎	胸椎	胸部	腰椎	腹部	骨盤	子宮部
		前立腺部	MRCP	股関節(右・左)		膝関節(右・左)		その他()			
	MRI造影	頭部									
	骨密度測定	腰椎+両大腿骨					腰椎(正面のみ)				
	骨盤計測	ゲットマン					マルチウス				
アイトーフ	骨シンチ(10時ごろ注射・検査は午後)										
	その他()										

画像形式(DVD) 受診結果は、5日以内に郵送します。※当日手渡しを希望しますか(する・しない)

冠動脈CT (月・金の午後)	ビグアナイド系糖尿病薬剤の服用	あり ※検査の前々日より服用中止	なし
	腎機能障害	あり	なし
	気管支喘息	あり	なし
	不整脈	あり	なし
	10秒程度の息止め	可	不可
	その他	身長 cm	体重 kg
胃内視鏡	経鼻		経口
	術前のブスコパン筋注は可能ですか	可	不可
	抗凝固剤・抗血小板剤は、使用していますか	はい ※薬剤名:	いいえ ※他院での使用があればお教えてください
	病気が見つかった場合、碧南市民病院からの説明を希望しますか	希望しない	希望する
超音波	心臓エコー(予約受付は17:00まで)	頸動脈エコー	甲状腺エコー 上腹部エコー

FAX用

検査 依頼票(診療情報提供書)



※臨床情報・経過・依頼目的・処方など

碧南市民病院 TEL (0566)48-5050(代表)
地域連携室 TEL (0566)45-2616(直通)

FAX (0566)46-3774