

検査 依頼票 (診療情報提供書)



令和 年 月 日

FAX 用

碧南市民病院 御中

地域連携室 TEL : (0566) 45 - 2616

FAX : (0566) 46 - 3774

住所 :
 施設名 :
 医師名 : 印
 TEL :
 FAX :

先生

フリガナ		性別	
氏名		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
住所	〒	TEL	
予約	(1) 令和 年 月 日 午前・午後		
希望日	(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		全身(体脂肪密度)			腰椎(正面のみ)				
	骨盤測定	グッドマン					マルチウス				
アイトープ	骨シンチ(10時ごろ注射・検査は午後)					肺血流(午前)					
	腎動態(レノグラム)(午前)					腫瘍ガリウム(折り返し電話回答します)					
	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使用	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)

F A X (0566) 46 - 3774