

検査 依頼票(診療情報提供書)



年 月 日

碧南市民病院 御中

先生

住所:
施設名:
医師名:
TEL:
FAX:

※ご希望の検査項目に○をつけてください。

氏名		男・女	住所	〒	
生年月日	M・T S・H・R	年	月	日	TEL
希望日	(1)	年	月	日	午前・午後
	(2)	年	月	日	午前・午後

※臨床情報・経過・依頼目的・処方など

画像診断	月 金	CT単純	頭部	顔面	頸部	胸部	上腹部	骨盤	上腹部 ～骨盤	その他 ()		
		MRI単純	頭部MRI 単純	頭部MRI+ MRA単純		股関節 (右・左)		膝関節 (右・左)		その他 ()		
			頸椎	胸椎	胸部	腰椎	子宮部	骨盤	前立腺部	上腹部	MRCP	
		骨密度測定	腰椎+両大腿骨			全身(体脂肪骨密度)			腰椎(正面のみ)			
		骨盤計測	グットマン					マルチウス				
		アイソトプ	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	CD-R	フィルム	画像レポート			当日手渡し						
冠動脈CT	(月・水・金の14時 撮影は15時)	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	月 金	経鼻				経口						
		術前のフスコパン筋注は可能ですか				可			不可 ※グルココン筋注を行います			
		抗凝固剤・抗血小板剤は使用していますか				いいえ ※他院の情報があればお教えてください			はい ※薬剤名:			
		病気が見つかった場合、当院から説明しますか				希望しない			希望する			
超音波	心臓 (月・火・水・午後)				上腹部							

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

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

