

診療情報提供書（検査依頼書）

（紹介元医→杵築市立山香病院 地域連携室→当院担当医）

杵築市立山香病院

担当医 行

TEL：0977-75-1234（内線207）

FAX：0977-75-1310（地域連携室）

紹介元	医療機関名
	紹介医師名
	連絡先 TEL：（ ） — （内線） FAX：（ ） —

患者情報	患者ID	*当院記入	保険区分	社保（本人・家族） 後期高齢者 組合	国保（本人・家族） その他（ ）
	フリガナ		保険番号		
	患者氏名		記号		
	生年月日	[M・T・S・H] 年 月 日生	番号		
	性別	[男 ・ 女]			
住所			検査日時	令和 年 月 日（ ） AM ・ PM 時 分	患者連絡先 TEL.（ ） —

【検査依頼内容】

検査項目および検査部位 [必要な項目の口印をチェックしてください]

検査項目		検査部位	
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭 部：【 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> その他：	】
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸 部：【詳細部位：	】
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	測定結果2枚（B5） 患者用・貴院保存用	<input type="checkbox"/> 胸 部：【 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 心臓（冠動脈） <input type="checkbox"/> その他	】
腎機能 *造影検査の場合必須	CRE： eGFR：	<input type="checkbox"/> 腹 部：【 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他：	】
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 骨盤腔：【詳細部位：	】
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 背 椎：【 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他：	】
腹膜透析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 四 肢：【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 *詳細部位：	】
脳動脈クリップ *MRI禁忌のものもある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 大血管：【範囲：	】
刺青 *一部熱を持つもの	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 乳 房	】
その他の体内金属 詳細：		<input type="checkbox"/> その他：【詳細部位：	】
結 果	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	*検査目的・既往歴・検査データ・治療経過等ご記入下さい	
読影報告書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	検査目的	
*読影報告書については後日郵送いたします			

<input type="checkbox"/> 心臓 超音波検査	
<input type="checkbox"/> 腹部 超音波検査	*絶飲食で来院してください。（水やお茶は可）
<input type="checkbox"/> 血管 超音波検査	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 *下肢血管は午後の予約となります。
<input type="checkbox"/> 表在 超音波検査	<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> ABI/PWV 検査	*検査目的・既往歴・検査データ・治療経過等ご記入下さい
<input type="checkbox"/> 動脈硬化セット検査 （頸動脈エコー + ABI/PWV）	検査目的
<input type="checkbox"/> 安静時心電図検査	
<input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図検査	
<input type="checkbox"/> 簡易SAS（睡眠時無呼吸）検査	
<input type="checkbox"/> 連続パルスオキシメーター	
<input type="checkbox"/> 肺機能検査（標準）	
<input type="checkbox"/> CGM（持続グルコースモニター）	*要予約 _____
<input type="checkbox"/> 脳波検査（成人・小児）	<input type="checkbox"/> 賦活あり（薬物・睡眠） <input type="checkbox"/> 賦活なし *午後の予約となります。
<input type="checkbox"/> 神経伝導速度検査	<input type="checkbox"/> 手根管(両手) <input type="checkbox"/> 肘部管(両手) *午後の予約となります。