

# 検査予約依頼票 A H23. 8版

※製鉄記念室蘭病院提出用

(造影剤なしの検査・「患者紹介状」を伴わない検査)

(検査依頼先)

平成 年 月 日

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携課 行き

(依頼元)

TEL 0800-800-4304 FAX 0800-800-4305

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

Ⓡ

検査予定日 平成 年 月 日( ) 時 分頃

(フリガナ)		明・大・昭・平			
患者氏名	生年月日	年 月 日( 歳)	男・女		
患者住所	〒 - 自宅TEL( ) - 連絡先TEL( ) -				
予約希望日時 (第一希望)	平成 年 月 日( )	予約希望日時 (第二希望)	平成 年 月 日( )		
種類	部位・項目	造影	絶食	備考	
依頼する検査を○で囲んでください	CT	頭部・胸部・腹部・骨盤 その他( )	無	なし (腹部・MRCPのみ朝食又は昼食を抜く。水分は可)	専門医のコメント:必要・不要 造影剤過敏 無・有 腎機能異常 無・有 (クレアチニン値 mg/dl) ペースメーカー 無・有 体内外金属 無・有
	MRI	頭部・頸椎・胸椎・腰椎 MRCP・その他( ) (ボーステル経口投与)注			
	RI	骨シンチ・ガリウムシンチ その他( )		なし	専門医のコメント付き
	腹部エコー	甲状腺・腹部・腎・膀胱・ 子宮卵巣・その他( )		朝食 または 昼食	超音波検査士のコメント付き
	心エコー	心臓		なし	超音波検査士・専門医のコメント付き
	血管エコー	頸動脈・上肢・下肢・腹部・ その他( )		なし	超音波検査士・専門医のコメント付き
	肺機能	肺気量分画・フローボリューム曲線(FVC) 残気量・肺拡散能		なし	肺機能評価をグラフ化して提出
	ABR	閾値あり・閾値なし		なし	聴性脳幹反応
	ABI (脈波)			なし	四肢の血圧を同時に測定、 動脈硬化の指標
	その他				
検査目的 (病名・疑い病名を含む)					

○保険証のコピーもFAXしてください。

なお、保険証コピーのFAXができない場合には、下の主保険・併用保険の番号等を必ずご記入願います。

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
	負担者番号	受給者番号	
併 用 保 険			1. 有 2. 無 老・乳・( )

○予約が完了しましたら、「検査予約受付票・検査予約票」をFAXいたしますので、「検査予約票(受診者用)」を切り離し患者様にお渡しください。

○CT・MRIの検査で造影剤を使用する場合には、「検査予約依頼票A - 造影剤使用」の帳票をご使用ください。

○内視鏡(胃・大腸)検査、経食道超音波検査(TEE)、トレッドミル検査については、「検査予約依頼票B」をご使用ください。また、「患者紹介状」も必要となりますので、併せてFAXしてください。

○心エコー検査の場合は、貴院にて事前に胸部X-P、心電図の検査を実施のうえ、検査結果等も患者様に持参させてください。

○CT・MRI・RIの写真を検査当日に必要な場合は、その旨お申し出ください。

※受託検査料につきましては、事後に当院より貴院宛てご請求書を送付させていただくこととなります。

注 MRCPでは陰性造影剤ボーステルを経口投与しています。授乳は投与後48時間避けてください。投与せずに検査を希望される場合は、その旨をご記入下さい。