

検査予約依頼票 B

H23. 11版

*製鉄記念室蘭病院提出用

(胃内視鏡・大腸内視鏡・経食道超音波・トレッドミル 専用)

(検査依頼先)

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携課 行き

FAX0800-800-4305 TEL0800-800-4304

平成 年 月 日

(依頼元)

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師氏名

㊞

検査予定日 平成 年 月 日() 時 分頃

(フリガナ)		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日(歳)	
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	事前検査(貴院にて)	絶食	備考
依頼する検査を○で囲んでください	トレッドミル	胸部X-P 心電図	なし	※目的: 虚血診断・不整脈・運動耐容能・その他() ※プロトコル: M. Bruce ・ Naughton その他() *プロトコルの目安は以下の通りです。 M. Bruce : 早歩きが可能、運動耐容能目的の患者様 Naughton : 歩行はできるが、早歩きが不可能な患者様
	経食道超音波(TEE)	心臓	胸部X-P 食道バリウム検査 心電図 感染症検査 (HBV・HCV・梅毒)	朝食 または 昼食
	内視鏡	胃(GTF) 大腸(CF)	口・鼻 を希望します。 ※ ○をつけてください ※ 鼻からの場合は事前の予約が必要です 不 要	前 日 9 時 以 降
検査目的	(病名・疑い病名を含む)			

- 上記の検査依頼については、「患者紹介状(受診予約票・診療情報提供書)」も必要となります。
- 保険証のコピーも併せて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、「患者紹介状」の主保険・併用保険の欄は必ずご記入ください。
- 予約が完了しましたら、「検査予約受付票・検査予約票(受診用)」をFAXいたしますので、下の「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。
- 各検査毎に、貴院にて各種の事前検査を行っていただく必要があります。上記事前検査項目を実施のうえ、検査結果等も患者様に持参させてください。なお、ご不明な点がありましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。
- 内視鏡検査(大腸)の場合には、前処置の薬の服用、食事制限があります。説明書を患者様へお渡しのうえ、ご説明願います。
- ※診察料、検査料につきましては患者様にお支払いいただくこととなります。
- ※検査予約のない紹介(「患者紹介状」のみ)の場合には、診察後に必要な検査予約を当院にて行います。