

検査予約依頼票 A

(造影剤なしの検査・「患者紹介状」を伴わない検査)

製鉄記念室蘭病院 提出用

(検査依頼先)

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携室 行き

FAX 0143-47-4305 TEL 0143-47-4304

年 月 日

(依頼元)

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

印

検査予定日	月	日()	時	分頃
-------	---	------	---	----

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
患者住所	〒 -			
	自宅TEL	日中連絡先TEL		
予約希望日	第1希望 月 日()	第2希望 月 日()	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり()		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日()	

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 ※腹部のみ朝食又は 昼食絶食・水分可	専門医のコメント: 必要・不要
	MRI	検査部位をご記入ください	無	なし ※腹部のみ朝食又は 昼食絶食・水分可	専門医のコメント: 必要・不要 ペースメーカー・ICD 無・有
	MRCP	腹部	④ボースデル経口投与	朝食又は昼食絶食 ・水分不可	体内金属 無・有
	RI	骨シンチ・ガリウムシンチ・ダツトスキャン・ 脳血流シンチ・その他()		なし	(専門医のコメント付き)
	腹部エコー	腹部(肝・胆・膵・脾・腎)・膀胱・前立腺・ 子宮卵巣・その他()		朝食又は昼食	(超音波検査のコメント付き)
	頸部エコー	甲状腺・顎下腺・耳下腺・ 頸部リンパ節・その他()		なし	(超音波検査のコメント付き)
	心エコー	身長(cm) 体重(kg)		なし	(超音波検査のコメント付き)
	血管エコー	上肢(動脈/静脈)・下肢(動脈/静脈)・ 腹部・頸動脈・シャント・他()		なし	(超音波検査のコメント付き)
	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)
	骨密度	身長(cm) 体重(kg)		なし	透析(シャント肢 右・左)
	ABI(脈波)	身長(cm) 体重(kg)		なし	(四肢の血圧を同時に測定、 動脈硬化の指標)
	神経伝導速度	検査項目 <input type="checkbox"/> MCV 運動神経 <input type="checkbox"/> SCV 感覚神経	神経	<input type="checkbox"/> 正中神経 <input type="checkbox"/> 尺骨神経	<input checked="" type="checkbox"/> をお願いします
	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
	併 用 保 険	負担者番号	

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

○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いただきます。

○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・RIの画像を検査当日に必要とする場合には、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きます。

④MRCPでは陰性造影剤ボースデ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。