

# 患者紹介状(診療情報提供書) 検査共同利用専用

FAX後紹介先持参  
0120-41-3700[直通FAX]

依頼医療機関 座間総合病院 検査担当医

依頼検査に「レ」(チェック)をしてください

CT検査 MRI検査 骨密度検査 超音波検査 上部消化管 下部消化管

下記の患者を紹介致します。

|     |   |      |    |       |   |   |
|-----|---|------|----|-------|---|---|
| 検査日 | 月 | 日( ) | 時間 | AM・PM | 時 | 分 |
|-----|---|------|----|-------|---|---|

## 選択された検査項目から該当する内容をご確認ください

|                |  |  |   |
|----------------|--|--|---|
| MRI・CT検査       | 依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> 単純後必要時造影<br>造影の場合、腎機能の数値をご記入ください<br>BUN [            ] CRE [            ]<br>※患者様の同意書を検査当日ご持参ください | CT検査<br><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部<br><input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部<br><input type="checkbox"/> 頸部～腹部<br><input type="checkbox"/> 四肢( <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L )<br>(            )<br><input type="checkbox"/> その他(            )  | MRI検査<br><input type="checkbox"/> 頭部( <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD )<br><input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP<br><input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎<br><input type="checkbox"/> 四肢( <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L )<br>(            )<br><input type="checkbox"/> その他(            ) |
|                | (MRI) 体内に金属はありませんか?<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(            )   |  |   |
|                | 造影) 喘息の既往はありませんか?<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |  |   |
| 骨密度検査          | 依頼項目にレ(チェック)   | <input type="checkbox"/> (右)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (左)前腕骨遠位部<br><input type="checkbox"/> (右)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> (左)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎正面<br>※1週間以内の胃・腸のバリウム検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |
| 超音波検査          | 依頼項目にレ(チェック)   | <input type="checkbox"/> 1.心臓 <input type="checkbox"/> 2.頸動脈 <input type="checkbox"/> 3.下肢静脈 <input type="checkbox"/> 4.上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓)<br><input type="checkbox"/> 5.下腹部(前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 6.下腹部(子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 7.下腹部(腎・膀胱) <input type="checkbox"/> 8.表在(乳腺)<br><input type="checkbox"/> 9.表在(頸部) <input type="checkbox"/> 10.表在(甲状腺) <input type="checkbox"/> 11.その他表在(            )<br>1～3を除く血流検査項目(任意選択) <input type="checkbox"/> 12.上腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 13.下腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 14.表在ドブラ |   |
| 上部消化管<br>下部消化管 | 抗凝固剤を内服中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名(            )<br>※ワルファリンを内服されている場合: 凝固検査数値をご記入ください PT [            ]   |  |   |
| 希望媒体           | <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルムコピー <input type="checkbox"/> 所見のみ ※内視鏡検査はCD-ROMのみ<br><input type="checkbox"/> サーマルペーパー(エコーのみ) ※骨密度検査は所見のみ   |  | 結果報告 <input type="checkbox"/> 後日郵送<br><input type="checkbox"/> 当日結果(患者様お渡し)   |

|                                       |  |  |  |      |  |
|---------------------------------------|--|--|--|------|--|
| フリガナ                                  |  | 性別   |  | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正<br><input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日<br>(            歳) |
| 患者氏名                                  |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  |      |  |
| 住所                                    | 〒            電話番号 (            ) -   |  |  |      |  |
| 病名(主訴)                                |  |  |  |      |  |
| 既往症(家族歴)                              | 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (            ) |  |  |      |  |
| 病状経過<br>治療経過<br>検査結果<br>(並びに<br>検査主旨) |  |  |  |      |  |
| 現在の処方                                 |  |  |  |      |  |
| 紹介年月日                                 | 年 月 日  |  |  |      |  |
| 医療機関名                                 | 依頼医師   |  |  |      |  |
| 所在地                                   |  |  |  |      |  |
| 電話番号                                  | FAX 番号   |  |  |      |  |

# 患者紹介状(診療情報提供書) 検査共同利用専用

貴院控え

依頼医療機関 座間総合病院 検査担当医

依頼検査に「レ」(チェック)をしてください

CT検査
 MRI検査
 骨密度検査
 超音波検査
 上部消化管
 下部消化管

下記の患者を紹介致します。

|     |   |      |    |       |   |   |
|-----|---|------|----|-------|---|---|
| 検査日 | 月 | 日( ) | 時間 | AM・PM | 時 | 分 |
|-----|---|------|----|-------|---|---|

## 選択された検査項目から該当する内容をご確認ください

|                |  |  |   |
|----------------|--|--|---|
| MRI・CT検査       | 依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> 単純後必要時造影<br>造影の場合、腎機能の数値をご記入ください<br>BUN [            ] CRE [            ]<br>※患者様の同意書を検査当日ご持参ください | CT検査<br><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部<br><input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部<br><input type="checkbox"/> 頸部～腹部<br><input type="checkbox"/> 四肢( <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L )<br>(            )<br><input type="checkbox"/> その他(            )  | MRI検査<br><input type="checkbox"/> 頭部( <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD )<br><input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP<br><input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎<br><input type="checkbox"/> 四肢( <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L )<br>(            )<br><input type="checkbox"/> その他(            ) |
|                | (MRI) 体内に金属はありませんか?<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(            )   |  |   |
|                | 造影) 喘息の既往はありませんか?<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |  |   |
| 骨密度検査          | 依頼項目にレ(チェック)   | <input type="checkbox"/> (右)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (左)前腕骨遠位部<br><input type="checkbox"/> (右)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> (左)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎正面<br>※1週間以内の胃・腸のバリウム検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |
| 超音波検査          | 依頼項目にレ(チェック)   | <input type="checkbox"/> 1.心臓 <input type="checkbox"/> 2.頸動脈 <input type="checkbox"/> 3.下肢静脈 <input type="checkbox"/> 4.上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓)<br><input type="checkbox"/> 5.下腹部(前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 6.下腹部(子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 7.下腹部(腎・膀胱) <input type="checkbox"/> 8.表在(乳腺)<br><input type="checkbox"/> 9.表在(頸部) <input type="checkbox"/> 10.表在(甲状腺) <input type="checkbox"/> 11.その他表在(            )<br>1～3を除く血流検査項目(任意選択) <input type="checkbox"/> 12.上腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 13.下腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 14.表在ドブラ |   |
| 上部消化管<br>下部消化管 | 抗凝固剤を内服中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名(            )<br>※ワルファリンを内服されている場合: 凝固検査数値をご記入ください PT [            ]   |  |   |
| 希望媒体           | <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルムコピー <input type="checkbox"/> 所見のみ ※内視鏡検査はCD-ROMのみ<br><input type="checkbox"/> サーマルペーパー(エコーのみ) ※骨密度検査は所見のみ   |  | 結果報告 <input type="checkbox"/> 後日郵送<br><input type="checkbox"/> 当日結果(患者様お渡し)   |

|                                       |  |   |      |   |
|---------------------------------------|--|---|------|---|
| フリガナ                                  |  | 性別  | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成<br>年 月 日 ( 歳) |
| 患者氏名                                  |  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |      |   |
| 住所                                    | 〒            電話番号 (            ) -   |   |      |   |
| 病名(主訴)                                |  |   |      |   |
| 既往症(家族歴)                              | 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (            ) |   |      |   |
| 病状経過<br>治療経過<br>検査結果<br>(並びに<br>検査主旨) |  |   |      |   |
| 現在の処方                                 |  |   |      |   |
| 紹介年月日                                 | 年 月 日  | 依頼医師  |      |   |
| 医療機関名                                 |  |   |      |   |
| 所在地                                   |  |   |      |   |
| 電話番号                                  | FAX 番号   |   |      |   |