

診療情報提供書(検査依頼用)

年 月 日

呉市医師会病院

TEL 0823-22-2321

紹介医療機関の所在地・名称

〒737-0056 呉市朝日町 15-24

FAX 0823-22-2379

内・外・放科

先生

診療科

医師会病院受診歴(有・無・不明)

医師名

印

ふりがな	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	男・女 年 月 日生
患者住所	連絡先 TEL - -
主訴および傷病名・臨床経過・家族歴・既往歴	感染症 無・有(HB抗原・HCV・梅毒) 薬物アレルギー 無・有() 喘息の既往 無・有
(臨床所見および検査目的、現在の処方・備考)	

検査予約日 月 日()曜日 時 分

※ お薬手帳を必ずご持参ください

検査名、部位、その他に○印および記入をお願い致します。

C T	頭部・顔面・頸部・胸部・腹部・骨盤・その他()	
	造影剤使用(有・無・施行医に任せる。) 血清クレアチニン mg/dL ヨード過敏症(有・無・不明)	
MRI	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・頸椎・胸椎・腰椎・()関節 四肢()・MRA(部位)・MRCP・その他()	
	造影剤使用(有・無・施行医に任せる。) 脳動波クリップ(有・無)・ペースメーカー(有・無)・血清クレアチニン mg/dL	
単純X線写真	胸部・腹部・腰椎・乳房・骨塩定量・その他()	
消化管 造影	胃・十二指腸造影 既往歴()・狭心症・糖尿病・前立腺肥大・緑内障 注腸 (ブスコパン可・グルカゴン可・注射無し)	
	超音波検査	腹部・乳腺・甲状腺・心臓・頸動脈・その他()
内視鏡 検査	上部消化管内視鏡検査 既往歴()・狭心症・糖尿病・前立腺肥大・緑内障 抗血小板薬、抗凝固薬 無・有()	
	大腸内視鏡検査	鎮静剤 希望・無
	その他	
生理検査	心電図・肺機能検査(スパイロ・全肺機能)・PSG検査(睡眠時無呼吸症候群) 眼底カメラ・血圧脈波検査(ABI) ※眼底カメラ・血圧脈波検査の場合は血圧値を記入してください(BP /)	
その他	糖負荷試験・その他()	