

協立病院 検査予約申込書

(診療情報提供書の添付をお願い致します)

紹介先医療機関

医療法人協和会 協立病院

診療科

紹介先医師名

紹介元
医療機関名

医師名

住所

TEL

FAX

◆患者情報

患者氏名

フリガナ

男
女

生年月日

M・T

S・H

年 月 日 (歳)

住所

〒 -

電話番号

検査希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
-------	-------	-------	-------

経過・治療内容・検査結果・処方等 ※別に診療情報提供書を添付いただく場合は記入は不要です。

放射線科	<input type="checkbox"/> X線透視	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> 注腸(前処置 <input type="checkbox"/> 協立病院 <input type="checkbox"/> 各自)	
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ◆体内金属 (有・無・不明) 種類 ()	<input type="checkbox"/> 頭部(MRIはMRAも含みます) <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部(目的臓器:) <input type="checkbox"/> 腹部+MRCP <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部(目的臓器:) <input type="checkbox"/> 骨盤部(目的臓器:)	■造影の場合 同意書を添付の上お申込み下さい。 血清クレアチニン3ヶ月以内の値をご記入下さい。 md/dl (月 日測定)
	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 全脊柱 <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節(右・左) <input type="checkbox"/> 足関節(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左)	
	<input type="checkbox"/> DXA(骨密度検査)		
内視鏡センター	<input type="checkbox"/> 上部消化管 (午前のみ)	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口麻酔あり <input type="checkbox"/> 経口麻酔なし 抗凝固剤・抗血小板薬の服用 (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	<input type="checkbox"/> 下部消化管 ※消化器内科の外來受診が原則 必要となります。
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 四肢血管 <input type="checkbox"/> その他()		
生理検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> マスター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ABI・PWV <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 神経伝達速度		
保険関係	<input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 労災		