

FAX

054-646-1380

054-646-1176 (志太医師会会員専用)

受診希望科 科
希望医師 医師

※産婦人科(ご出産)へ申込みの方必須

母子健康手帳 □有 □無
母子健康手帳をお持ちでない方はご記入ください
母子健康手帳交付予定日 年 月 日

※糖尿病・内分泌内科への申込みの方必須

インシュリン □有 □無 身長 cm 体重 kg
治療の有無 □有 □無

紹介元医療機関(医療機関名、所在地、電話番号、FAX番号)

紹介医師氏名

希望日 第1希望 年 月 日 曜日
第2希望 年 月 日 曜日
□希望なし

フリガナ 旧姓
患者氏名
住所
性別 生年月日
電話番号 (自宅) (携帯)

保険情報 後期高齢者医療、公費情報 公費情報
発信日時 月 日 時 分

お願い

- こちらの申込書に診療情報提供書を添えてFAXにてお申し込み下さい。
放射線治療科は、主たる診療科と併せてお申し込み下さい。
IVR科の治療を希望される場合は、主たる診療科にお申し込み下さい。
当日の受診が必要な場合は、医師に確認後受け入れ可否をお返事します。
なお、11時00分までに受診できない場合は、直接救急外来にお問い合わせください。
以下の診療科への申込みのお返事は翌日以降になります。

消化器内科、産婦人科、腎臓内科、内科、脳神経外科・脳卒中科、心臓血管外科、血管外科、リハビリテーション科

以下について予めご了承ください。

- 希望医師は意向に添えない場合があります。
お時間のご希望は、お受けいたしかねます。

疾患症状等による紹介先診療科

- 皮膚腫瘍(3cm未満のもの)→皮膚科
皮膚腫瘍(3cm以上のもの)→形成外科
乳児開排制限→整形外科(専門外来)

検査依頼書（診療情報提供書）

藤枝市立総合病院
病 院 長 様

次のとおり患者の検査を依頼いたします。

| | | | | | |
|-------|---|---|------------|---|---|
| 予約日時： | 年 | 月 | 日（ 午前・午後 ） | 時 | 分 |
|-------|---|---|------------|---|---|

| | | | | | | |
|------|--|------|---------|----|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | | 才 |
| 患者住所 | | 電話番号 | () | | | |

※検査を依頼する該当項目に○印をつけて下さい。読影の要・不要も記入して下さい。
造影検査を申し込まれる場合には「同意書」、「問診票」もご記入の上お持ち下さい。

| | 検査希望部位 | 希望データ |
|---|---|--|
| 1 CT [単純・造影] 読影（要・不要） | 脳・眼/眼窩・副鼻腔・唾液腺・甲状腺 頸椎・胸椎・腰仙椎 胸部(肺野/縦隔) 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) 骨盤臓器 その他(部位) | 1. DICOMデータ+ビューア 2. DICOMデータのみ 3. 歯科インプラント用 4. その他() |
| 2 MRI [単純・造影] 読影（要・不要） | | |
| 3 一般撮影検査 | ①骨盤計測 ②その他部位 () | |
| 4 骨密度測定 (身長 . cm 体重 . kg) | | |
| 5 核医学検査 (身長 . cm 体重 . kg) (脳血流シンチ・骨シンチ・レノグラム・ダットスキャン・その他 _____) | | |
| 6 マンモグラフィー検査 | | |
| 7 超音波検査 | 検査希望部位 (腹部・心臓・乳腺・甲状腺・唾液腺・皮膚腫瘤・頸動脈・上肢(動脈・静脈) 下肢(動脈・静脈)・その他()) | |

※ 臨床診断又は紹介目的（CT・MRI・超音波検査・核医学検査では必ずご記載下さい。）

※CT、MRI造影の場合（クレアチニン値： e-GFR値：)

※ 特記事項（アレルギー、読影希望のポイントなど。）

検査依頼日 令和 年 月 日

| | |
|---------|-----|
| 依頼医 住 所 | 〒 |
| 病医院名 | |
| 医師名 | 印 |
| 電話番号 | () |

造影CT検査 問診票

氏名 _____ 様 ID (— —)

検査予定日： 年 月 日

検査にあたり以下の質問にお答えください。(○をつけてください。)
わからないところは記入しなくてもかまいません。

- 1 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか (はい・いいえ)

「はい」の場合

その検査中、または検査後、何らかの症状や副作用が出たことがありましたか
(はい・いいえ)

「はい」の場合

(気分不快・じん麻疹・咽頭不快感・咳・吐き気・嘔吐・腹痛・冷や汗
意識消失・血圧低下・その他 ())

- 2 あなたは次のような病気にかかったことがありますか (はい・いいえ)

「はい」の場合

(気管支喘息
じん麻疹・甲状腺機能亢進症 (バセドー病)・骨髄腫・薬物過敏症
腎臓病・心臓病・糖尿病・その他 ())

「糖尿病」と答えた方にお尋ねします。

糖尿病治療薬を内服していますか (はい・いいえ)

「はい」の場合 メトホルミン製剤の内服 (あり・なし) ※主治医にご確認ください

- 3 女性の方へ

現在妊娠していますか (はい・いいえ・わからない)

現在授乳されていますか (はい・いいえ)

- 4 体重をお知らせください 約 _____ kg

★この用紙は検査の際に必要ですので必ず当日持参してください。

造影CT検査 同意書

患者氏名： _____ 様

担当医師： (_____)

検査名： 造影CT検査

検査予定日： _____ 月 _____ 日

説明内容：

- 1 検査の必要性
- 2 検査内容（方法・所要時間・麻酔・鎮静の必要性）
- 3 検査の危険性および起こり得る合併症とその対処法
- 4 検査時の薬剤使用の有無・必要性和起こり得る合併症
- 5 検査前後の薬剤中止の有無、必要性
- 6 入院の必要性の有無
- 7 同意は何度でも取り消せること
- 8 その他 (_____)

立会人： _____

上記の検査について、担当医から説明を受けよく理解できました。

その結果、

 同意します。 同意できません。

署名年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名： _____

又は代諾者・同意者： _____ 患者との関係 (_____)

★この用紙はご自身で保管してください。

造影CT検査 同意書

患者氏名： _____ 様

担当医師： (_____)

検査名： 造影CT検査

検査予定日： _____ 月 _____ 日

説明内容：

- 1 検査の必要性
- 2 検査内容（方法・所要時間・麻酔・鎮静の必要性）
- 3 検査の危険性および起こり得る合併症とその対処法
- 4 検査時の薬剤使用の有無・必要性和起こり得る合併症
- 5 検査前後の薬剤中止の有無、必要性
- 6 入院の必要性の有無
- 7 同意は何度でも取り消せること
- 8 その他 (_____)

立会人： _____

上記の検査について、担当医から説明を受けよく理解できました。

その結果、

同意します。

同意できません。

署名年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名： _____

又は代諾者・同意者： _____ 患者との関係 (_____)

★この用紙は検査の際に必要ですので必ず当日ご持参ください。