

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。

1	CT [単純 ・ 造影]	検査希望部位 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)	希望データ 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 ()
	読影 (要 ・ 不要)		
2	MR I [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・皮膚腫瘍・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・MR I・超音波検査・核医学検査では必ずご記載下さい。)			
※CT、MR I 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

電話番号

〒

印

()

オープン検査を受ける患者さんへ

あなたの 検査 の

予約日時は 月 日 時 分 です

- ・検査当日は、予約時間の**15分前**までに、それぞれの受付に直接お越しください。
(玄関の中央受付にはお立ちより不要です)
- ・受付で検査依頼書と紹介医療機関から預かったものをお出しください。
- ・**「超音波検査」で「腹部検査」を受ける方は、3時間前より絶食**としてください。
水分(水・茶)は摂取できます(乳製品は摂らないでください)。
- ・検査終了後、係員の指示があるまでお待ちください。(当院での会計はありません)

ア	超音波検査	10番受付(1階)
イ	骨密度測定	12番受付(1階)
ウ	X線一般撮影	12番受付(1階)
エ	マンモグラフィー	12番受付(1階)
オ	心電図(12誘導)	27番受付(2階)
カ	大動脈脈波伝播速度検査	27番受付(2階)
キ	神経伝導速度検査	27番受付(2階)
ク	聴性脳幹反応検査	27番受付(2階)
ケ	脳波検査	27番受付(2階)
コ	呼吸機能検査(スパイログラフィー)	27番受付(2階)
サ	呼気NO濃度測定検査	27番受付(2階)

☆ 予約を変更される場合は、患者さんより紹介元医療機関へご相談ください

藤枝市立総合病院