

診療情報提供書兼医療センター検査予約申込書(FAX 用)

船橋市立医療センター地域医療連携室 FAX 047-439-0737 申込日 年 月 日

申し込み TEL ()

医療機関名 FAX ()

医師名

ふりがな

生年月日

患者氏名 (男・女) 年 月 日

移動形態 (単独歩行・介助歩行・車椅子)

病名 (※1 病状/日本語でご記入ください)

(※2「内視鏡」の「鎮静剤」希望の場合は消化器内科へご紹介ください。当日、患者さんより「鎮静剤」をご希望された場合は内科受診が必要になる為、当日検査ができません。)

経過

検査項目 にチェックを入れてください

CT : 頭部・胸部・腹部・その他 ()

- * 妊娠 (無・有)
- * CD 希望 (無・有)
- * 読影所見 (要・不要)

RI : 骨

安静時脳血流 (99mTc-ECD)

甲状腺摂取率 (99mTcO4)

副甲状腺 (99mTc-Sestamibi)

唾液腺

* 妊娠 (無・有)

* 移動形態

(単独歩行/車椅子(歩行可)/車椅子(歩行不可))

* CD 希望 (無・有)

* 読影所見 (要・不要)

内視鏡 : 上部消化管 (経口・経鼻)

* 移動形態 (歩行・車椅子)

* 抗血栓薬内服

(有(休薬あり)・有(休薬なし)・無・不明)

薬品名 ()

休薬日付 (年 月 日)

* キシロカインアレルギー (無・有)

※有の場合は消化器内科へご紹介ください

超音波 :

・腹部 (肝・胆・膵・腎・脾・腹部大動脈)

* 追加部位 (子宮・卵巣・膀胱・その他)

・血管 (頸動脈・下肢静脈・下肢動脈)

・その他 ()

* CD 希望 (無・有)

超音波 : 心臓

★心電図検査もあわせて行います

以下の「検査目的」「症状」についてご記入下さい

* 検査目的

()

* 症状

(症状なし・胸痛・胸部不快感・動悸・息切れ・呼吸困難・高血圧・浮腫・心雑音・失神・めまい・不明熱・心電図異常・不整脈・不明)

その他 ()

脳波 : (読影なし)

※検査結果により、患者さんに当日の外来受診をお勧めする場合があります。

検査希望日 : 無・有 (年 月 日) 返信日時 : 年 月 日 取扱者