

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
医療機関名

TEL ()
FAX ()

医師名

ふりがな

年 月 日

患者氏名

(男・女)

(歳)

病名(病状)

経過

検査項目

CT: 頭部・胸部・腹部・その他() * 前回のCT検査日(年 月 日) * 妊娠(無・有) * 造影剤アレルギー(無・有) * 喘息(無・有) * ビグアナイド系糖尿病薬(無・有・緊急) * 移動形態(単独歩行・介助歩行・車椅子) * CD希望(無・有)	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) * CD希望(無・有)
RI: 部位() * 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)) * 喘息(無・有) * CD希望(無・有)	超音波: 心臓 * 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) ※心電図異常がある場合は資料添付 * 移動形態(歩行・車椅子)
トレッドミル: (火曜のみ)	超音波: その他() * CD希望(無・有)
脳波: (読影なし) * CD希望(無・有)	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

検査希望日: 無・有 (年 月 日 曜日)

返信日時: 年 月 日 取扱者
船橋市立医療センター 地域医療連携室 2019.改訂