

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ため、当日検査できません。）

経過

検査項目 ☐ にチェック、該当箇所に○または必要事項をご記入ください。

☐ 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（^{99m}Tc-ECD、¹²³I-IMP）

☐ 甲状腺摂取率（^{99m}TcO4）

☐ 副甲状腺（^{99m}Tc-Sestamibi）

☐ 唾液腺

☐ 心臓交感神経 MIBG（¹²³I-MIBG）

* 妊娠（無・有）

* CD 希望（無・有）

* 読影所見（要・不要）

注）心臓交感神経 MIBG 検査は、休薬の必要がある薬剤があります。

* 休薬が必要な薬剤の内服（有・無）

薬品名（ ）

休薬日付（ 年 月 日）

☐ 脳波：（読影なし）

☐ 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

「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（ ）

☐ 内視鏡：上部消化管（経口・経鼻）

* 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