

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「トレッドミル」と「超音波・心臓検査」については、両検査共通の症状をご記入ください)

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
副甲状腺 大変申し訳ありませんが、
唾液腺 現在、RI 検査は受付を
* 妊娠 (無 停止させていただいて
* 移動形態 おります。
(単独歩行・車椅子・介助歩行・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
 トレッドミル : (火曜のみ)
★心電図検査・心臓超音波検査もあわせて行います
注) 上記いずれの検査の場合も以下の「* 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