

# 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。)

(※3「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  
唾液腺  
\* 妊娠 (無  
\* 移動形態  
(単独歩行・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