

年 月 日

紹介元医療機関名	
住 所	
医 師 名	
電 話 番 号	
F A X	

当 院 使 用 欄	— —

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	当院の受診歴
氏 名	旧姓 ()	男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
住 所	〒 (-)			
電話番号	自宅 () - 携帯電話 () -			
受診希望日	*複数希望日をご記入ください。 <input type="checkbox"/>いつでも可			
現 状	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 来院方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車イス			

➡入院中で受診される場合、会計算定に関する用紙を必ずお渡しください。

◎紹介状の宛先は検査項目担当医でお願いいたします。(例：CT担当医、エコー担当医)

<input type="checkbox"/> CT	<p>※必ずチェック→ <input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>造影 <u>クレアチニン値</u>：() mg/dl 検査日：_____</p> <p style="text-align: right;">*検査予定日の6ヵ月以内のもの</p> <p><input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>上腹部 <input type="checkbox"/>下腹部 <input type="checkbox"/>骨盤 (目的臓器)</p> <p><input type="checkbox"/>脊椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰 ・ 仙) <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<input type="checkbox"/> MR	<p>※必ずチェック→ <input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>造影 <u>クレアチニン値</u>：() mg/dl 検査日：_____</p> <p style="text-align: right;">*検査予定日の6ヵ月以内のもの</p> <p><input type="checkbox"/>脳 <input type="checkbox"/>脳・頭部血管 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/>脊椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰)</p> <p><input type="checkbox"/>MRCP <input type="checkbox"/>骨盤 <input type="checkbox"/>子宮・卵巣 <input type="checkbox"/>腹部 (部位)</p> <p><input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/>前立腺 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>※体内の金属 <input type="checkbox"/>有 () ※ペースメーカーがある場合は機種名を記入の上、必ず事前連絡してください。</p>
<input type="checkbox"/> 内視鏡	<p><input type="checkbox"/> 胃内視鏡</p> <p><input type="checkbox"/> 大腸内視鏡</p> <p><input type="checkbox"/> 検査のみ可能と判断</p> <p style="font-size: small;">75歳以上・虚弱な患者様に対する大腸内視鏡検査は、入院が必要となる場合があるため、検査予約ではなく消化器内科の診察予約をお願いいたします。但し、明らかに入院が不要と判断された患者様は、検査予約のみも可能です。</p>
<input type="checkbox"/> 生理検査	<p><input type="checkbox"/>エコー (心臓 ・ 腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈 ・ 末梢動脈血管 ・ 末梢静脈血管)</p> <p><input type="checkbox"/>ホルター心電図 <input type="checkbox"/>トレッドミル <input type="checkbox"/>脳波 <input type="checkbox"/>神経伝導速度</p> <p style="text-align: right;">※ご予約時に診療情報提供書が必要です</p> <p><input type="checkbox"/>肺機能 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<input type="checkbox"/> シンガラム	<p>骨 ・ 負荷心筋 (薬剤・運動) ・ 心筋交感機能 ・ 腎動態 (レノグラム)</p> <p>DAT ・ 脳血流 (認知症) ・ 脳血流定量検査 ・ その他 ()</p> <p style="font-size: small;">※検査に使う薬剤は当日の予定時刻に合わせて準備します。キャンセルされる場合は必ず前日までにご連絡ください。</p>
<input type="checkbox"/> その他	<p><input type="checkbox"/>骨密度 <input type="checkbox"/>PEG交換 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>

注) 当日紹介状の原本を持参されない場合は、検査を受けていただけませんので必ず持参ください。

入力者	確認者