

# 検査予約申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

仙台徳洲会病院 地域連携室 行  
〒981-3116 仙台市泉区高玉町9-8  
TEL : 022-771-5134  
FAX : 022-771-5135

紹介元医療機関  
所在地  
医師氏名

検査予約日時	年 月 日 ( )	時 分
--------	-----------	-----

## 【患者情報】

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 才 )
氏名	様 (男・女)		
住所	〒		
電話	当院受診歴	無 ・ 有	

## 【検査依頼】

放射線科 画像診断サービス	検査項目・部位	造影有無	
	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 ) <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 ) <input type="checkbox"/> RI ( <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> DATスキャン <input type="checkbox"/> 心筋交感神経 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 造影有の場合 eGFR値・クレアチニン値 検査日 /	
循環器内科 画像診断サービス	<input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	消化器内科 画像診断サービス	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 ブスコパン (可・不可) 抗血小板薬・抗凝固薬 (無・有)
傷病名		体質等	
※患者様の状態・検査目的・特記事項などありましたらご記入ください		<input type="checkbox"/> アレルギー等 (無・有) <input type="checkbox"/> 造影剤過敏症 (無・有) <input type="checkbox"/> 喘息 (無・有) <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (無・有) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (無・有) <input type="checkbox"/> 手術歴 (無・有) <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 (無・有 ( ) ) <input type="checkbox"/> 妊娠 (無・有)	
MRI検査の方 (全身の磁性体金属の確認をお願いします)			
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 動脈瘤・クリップ <input type="checkbox"/> その他の金属 ( ) <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 脳室シャント <input type="checkbox"/> はいいつ頃ですか 年 月頃			
報告について			
放射線科画像診断サービス <input type="checkbox"/> 患者様渡し <input type="checkbox"/> 当院よりお届け <input type="checkbox"/> FAX (レポートのみ/CDは患者様渡し) 循環器内科画像診断サービス、消化器内科画像診断サービス 後日、郵送にてご報告いたします			

仙台徳洲会病院 地域連携室 FAX 022-771-5135