

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
〒981-3131 仙台市泉区七北田字駕籠沢15
TEL : 022-372-1135
FAX : 022-373-5781

紹介元医療機関
名称及び所在地

医師氏名

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

【患者様情報】

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 (年 月 頃)	

【検査依頼】

※以下、該当する項目に☑をお願いします

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"/> 頭頸部 <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"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部) <input type="checkbox"/> RI (<input type="checkbox"/> 脳スPECT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <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 造影の場合 eGFR値・クレアチニン値 ()
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) (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は患者様お渡し)			
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			