

## 検査依頼書 兼 診療情報提供書

## 検査内容（上部内視鏡・下部内視鏡・CT・超音波）

↑ 依頼する検査名を○で囲んでください

患者氏名（フリガナ）		生年月日		性別	
姓	名	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
		年	月	日	歳
住所・電話番号（自宅または携帯番号）				検査希望日	
住所：				①	月 日
電話番号：				②	月 日
愛知国際病院診察券番号（受診歴有の場合）：				③	月 日
造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病院に一任				
	血清クレアチニン検査済みの場合：_____mg/dl（検査日 年 月 日）				
画像提供方法	<input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> フィルム				
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部（ ） <input type="checkbox"/> 四肢（ ）				
	<input type="checkbox"/> 頭頸部（ ） <input type="checkbox"/> 胸部（ ）				
	<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎（ ）				
	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎泌尿 <input type="checkbox"/> 生殖 骨盤 <input type="checkbox"/> その他：				
診断名					
検査目的 病歴等					
ペ-スメ-カ-有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
体内金属有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *有の場合の部位：				
感染症	HBS	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HCV	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	有の場合の内容：				

\*別紙「造影剤アレルギー問診票」と「造影剤使用の同意書」もご記入ください。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX番号 \_\_\_\_\_

紹介元情報 依頼年月日 \_\_\_\_\_

依頼医サイン \_\_\_\_\_

