

西淀病院検査・のぞと診療所外来 予約申込み

地域医療連携室

貴院名:

FAX06-6475-1708

医師名:

CT・MRI画像→持ち帰り 所見後 CDROM不要

TEL:

FAX:

フリガナ 患者名		男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日
住所			電話番号) -			
保険者番号			公費番号				
記号・番号			受給者番号				
区分	本人	・家族	負担割	1割・2割・3割			
病名・依頼目的							
内視鏡 (※同意書必要。胃カメラのみ絶食)	<input type="checkbox"/> 胃(経口) <input type="checkbox"/> 胃(経鼻)	鎮静剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> シングモイドファイバー	抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(薬物アレルギーの薬品名は依頼目的に記載ください)			
※必ず全てのチェック項目にチェックしてください。胃カメラ検査は処方わかる書類のFAXをお願いします。							
XP	<input type="checkbox"/> 胃透視 (ブスコパン・グルカゴン・なし)		<input type="checkbox"/> 注腸 (ブスコパン・グルカゴン・なし)				
C T (造影CTは同意書必要)	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺					
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (腹部～骨盤部) (※絶食)					
MRI (同意書必要)	※頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+海馬 <input type="checkbox"/> 下垂体					
	※椎体	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨					
	<input type="checkbox"/> 単純	※躯幹部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 臀部	(ブスコパン・グルカゴン・なし)(肝臓～骨盤腔まで絶食)			
	<input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> MRCP(肝・胆・膵) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤腔	※左記4部位は前処置の上記薬剤を選択して下さい			
	※上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手部	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手部				
	※下肢	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足			
※血管	<input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 胸部MRA <input type="checkbox"/> 腹部MRA <input type="checkbox"/> 下肢MRA						
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿骨(身長: 体重:)(左大腿骨に金属や人工物 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
生理検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> CVRR+ABI(のぞとで受付・会計)						
	<input type="checkbox"/> 頸動脈(血管エコー) <input type="checkbox"/> 下肢静脈(血管エコー) <input type="checkbox"/> 下肢動脈(血管エコー) □その他(表在エコー)						
	<input type="checkbox"/> トレッドミル(同意書必要) <input type="checkbox"/> スパイロ(簡易・公害) <input type="checkbox"/> ホルダー心電図 ※耳下腺、顎下腺、頸部リンパ・腫瘍等検査						

* お手数ですが診療情報提供書と同意書を予約日前日までに地域連携室までFAXをお願い致します。

原本は、当日ご持参下さい。 検査結果は貴院様でお願い致します。

のぞと診療所外来

- 内科 呼吸器 消化器 糖尿病
禁煙教室 循環器 禁煙外来(教室参加後)
腎臓
- 他科 外科 整形外科 泌尿器科

第1希望日	月	日	()
第2希望日	月	日	()
<input type="checkbox"/> 希望日なし			

備考
