

診療情報提供書(患者紹介状)

(必ず医療機関を記入して下さい)

市立加西病院

検査依頼書

依頼医療機関名

医師名

患者氏名: 様 () 歳 (男 ・ 女) 年 月 日生

検査予約日時: 年 月 曜日) 時 分

検査項目:

- | | | |
|--|-------------|----------------------|
| 1) 胃カメラ | 9) 心エコー | 20) ABI(動脈閉塞・動脈硬化検査) |
| 2) CT (部位:)
<input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影 | 10) 腹部エコー | 21) 尿素呼気試験(ピロリ試験) |
| 3) 下肢静脈造影CT | 11) 頸動脈エコー | 22) 脳血流シンチ |
| 4) 下肢動脈造影CT | 12) 下肢静脈エコー | 23) 骨シンチ |
| 5) MRI (部位:)
<input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影 | 13) 下肢動脈エコー | 24) ガリウムシンチ |
| 6) 骨塩定量 | 14) 腎動脈エコー | 25) 甲状腺シンチ |
| 7) 胃透視 | 15) 甲状腺エコー | 26) 腎臓シンチ、レノグラム |
| 8) <u>栄養指導</u> 2,860円(税込)(自費)
↑ | 16) 脳波 | 27) BMIPP心筋脂肪酸シンチ |
| | 17) 肺機能検査 | 28) MIBG心筋シンチ |
| | 18) 24時間心電図 | 29) 簡易終夜睡眠ポリグラフィ |
| | 19) 糖負荷試験 | |

(項目のみチェックし、別紙 栄養指導箋をFAXしてください。)

*大腸ファイバー、冠動脈造影CT、タリウム負荷シンチは検査前の病院受診が必要です。

FAX診察予約をご利用下さい。

臨床診断:

検査目的:

備考:

- (注) ○患者さんは、必ず保険証をご持参ください。
○予約は、TEL 0790-42-2200(代) 内線 2382、0790-42-5511 (地域医療室直通)までご連絡ください。 22~28は、内線 2270(中央放射線科受付)に予約をお願いします。
○1) 7) 10) 14) 19) 21)、2) 5) の腹部は、当日の朝、絶食にて来院してください。
(各検査予約票に従い絶食して下さい。)
○CT、MRIの造影検査は、腎障害、アレルギー、喘息のある方は検査できません。
○ペースメーカー、ICDを植え込まれている方は、MRI検査はできません。
○胃カメラの場合、胃透視のフィルム等のデータがあればご持参ください。