

# 公立陶生病院臨床検査依頼書兼受付書

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

ふりがな 患者氏名	様 (男・女)	明・大 昭・平	年 月 日生
現住所			
電話番号 ( ) -	当院受診歴 有 ・ 無		

## ◎ 検査希望日

有 (第1希望 月 日 / 第2希望 月 日 / 第3希望 月 日) ・ 無
--

## ◎ 依頼検査項目 (下記項目に○印を付けてください)

放	C T 単純・造影 (部位 )	循	動脈硬化予約区分 ( A B C D E ) ※1
放	MR I 単純・造影 (部位 )	循	冠動脈C T (64列マルチスライス) 消 胃内視鏡 ※2
放	R I (シンチ) (部位 )	神	頸動脈エコー 消 注腸検査 ※2
代	ABI+頸動脈エコー	神	脳波 消 腹部超音波
	骨塩定量 ※3 (◆ 紹介状は不要です)		肺機能A+ ※3 放 土曜日CT・MRI ※4 (◆ 紹介状は不要です) (部位 )

※1) 動脈硬化予約区分の各内容は別紙パンフレットをご参照ください

※2) 胃カメラ、ダラム検査時に実施する注射薬を指定してください

(1) ブスコパン (2) グルカゴン (3) なし

※3) 委託検査になります (当院では患者さんに保険請求せず、貴院よりさせていただきます。)

※4) 土曜日のCT、MRIは単純のみとなります。

## ◎ 診療情報提供欄

備考：がん検診後の二次精査 有 ・ 無 (胃内視鏡、下部消化管検査の場合)
(主訴、検査目的、薬剤アレルギー等)
医療コンシェルジュ (案内係) 希望 ( する ・ しない )