検査予約依頼書（2020 年 4 月改訂）

依頼先：白浜はまゆう病院　　依頼日　　年　　月　　日

病院・診療所名		電話　（　　） FAX　（　　）			
（ふりがな） **患 者 名**		**生年月日** **年齢**	**明・大・昭・平・令** **年　月　日生　歳**	**性別**	男・女
患者住所	〒 **電話番号**				
傷病名 **（検査目的）**					

検査名：（依頼される検査の番号及び項目に〇印をつけ必要事項ご記載をお願い致します。）

１．上部消化管造影　　２．ホルター心電図　３．尿路造影（DIP）　４．脳波　５．ＤＥＸＡ（骨塩定量）

６．上部消化管内視鏡（経口・経鼻）（普通法・麻酔法）（ブスコパン使用　可・不可）

（抗凝固剤、抗血小板剤等の止血機能に影響する薬剤の内服　あり・なし）

７．ＣＴ検査　（・腹部《上腹部のみ・上腹部から骨盤》・胸腹部《上腹部のみ・上腹部から骨盤》）

・頭部　・　頚部　・　胸部・その他（　　）

＊造影の有無【単純・造影（点滴法/ダイナミック法)】

８．ＭＲＩ検査（ 頭部　・　頚部　・　腹部　・　脊椎（ 頸椎　・　胸椎　・　腰椎 ）・ その他　　）

＊造影の有無【単純・造影（ワンショット法/ダイナミック法)】

＊**「ＭＲＩ検査問診表」**も合わせてＦＡＸをお願いいたします。

９．ＰＥＧチューブ交換（初回・２回目以降）（メーカー：　　規格：　　（　　Ｆｒ　　ｃｍ））

１０．終夜睡眠ポリグラフ検査（ＰＳＧ検査）

１１．注腸造影

＊御希望日時がございましたらご記入ください。

第１希望　　月　　日　午前・午後　　時頃

第２希望　　月　　日　午前・午後　　時頃

＊以下は記入しないでください

予約日時　　月　　日（　）　　時　　分

＊来院時にご持参いただくもの

・検査依頼書（予約日時が記入されたもの）

・CT 検査・MRI 検査の造影を受けられる方は、問診表・造影検査承諾書（同意書）

・健康保険証　　・その他（紹介状、診療情報提供書などもあればご持参ください）

白浜はまゆう病院　地域ケア室　　**ＴＥＬ　0739－43－6208**

担当（　　）　　**ＦＡＸ　0739－43－7887**