

検査予約依頼書 (2023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 | 年 月 日 生 歳 | 性別 | 男・女 | |
| 患者住所 | 〒 電話番号 | | | | |
| 傷病名 (検査目的) | ・検査所見：後日郵送になります。 ・CD-R：検査後にお渡しします。 | | | | |

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

- DEXA (骨塩定量) 2. 脳波
- CT検査【単純】(頭部・頸部・胸部・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》 ・ その他)
- MRI検査【単純】(頭部・頸部・腹部・脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)・その他)
*別紙「MRI検査問診票」もあわせてFAXをお願いいたします。
- 胃瘻カテーテルチューブ交換 (2回目以降) (当院で胃瘻造設をされた方のみ)
- 終夜睡眠ポリグラフ検査 (PSG検査)
*別紙「PSG検査のご依頼について」もあわせてFAXをお願いいたします。

*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

*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(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)

*下記につきましては内科外来受診後の検査になります。

- 内科 ・ホルター心電図 ・腹部エコー ・心臓エコー ・ABI(足関節上腕血圧比)/PWV(脳波伝播検査)
・呼吸機能検査 ・運動負荷心電図(トレッドミル) ・頸動脈エコー ・血管造影(脳血管、冠動脈を除く)
・大腸内視鏡(内視鏡的ポリペクトミーを含む)
・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)
・胃瘻造設術 ・胃瘻カテーテルチューブ交換初回(当院以外で胃瘻造設された方)
- 消化器科・ERCP 外科・中心静脈ポート埋め込み術 泌尿器科・尿路造影(DIP)

白浜はまゆう病院地域ケア室 TEL: 0739-43-6208 FAX: 0739-43-7887

PSG検査のご依頼について

この度は検査のご依頼ありがとうございます。
下記2点につきましてご記入をよろしくをお願いします。

I. 眠剤の内服について

(原則としてベンゾジアゼピン系を内服されている方は検査対象外となります。)

- 現在、眠剤を内服されていますか？

(内服有 ・ 内服なし)

- 内服されている方は薬剤名と服用量をご記入ください。

()

II. 今回の検査後について

- 今回の検査の後、どのようにさせて頂くのがよろしいでしょうか。以下、①～③より選択をお願いします。(該当する番号に○をお願いします)

① 今回のPSG検査のみのご依頼

② 結果によって、CPAP治療の開始も含めてのご依頼

③ その他 ()

- ②を選択された方は以下A、Bのいずれか選択をお願いします。(該当するアルファベットに○をお願いします)

A : 貴院へ戻られることを前提に白浜はまゆう病院で治療を開始

(その際ご希望されるメーカー・機種・業者がございましたら以下の選択をお願いします。)

• 特になし • Resmed • Philips • Fisher&Pykel • その他 ()

B : 治療後もCPAPは白浜はまゆう病院で継続

ありがとうございました。

ご予約が取れ次第、連絡いたします。

白浜はまゆう病院 地域ケア室

(2024年12月27日改定)