

# 診療情報提供書（検査依頼書）

君津中央病院

担当科

TEL 0438-36-1069 (患者総合支援センター)

FAX 0438-36-0399 (患者総合支援センター)

科

次のとおり検査を依頼します。

フリガナ	
患者氏名 _____	性別 男・女
生年月日 M・T・S・H _____	年 月 日生 ( 歳)
患者住所 _____	電話番号 _____
君津中央病院ID番号 _____	_____

※ 検査を依頼する該当項目に○印を付けて下さい。

1	CT検査	部位	脳・その他 ( )	必ず○をつけてください。 ・単純のみ ・単純造影]⇒ 血清クレアチニン値 ( ) ・造影のみ]⇒ ビグアナイド薬服用(有・無) →ペースメーカー ( 無 ・ 有 ) → 有の場合(MR対応型・MR非対応型)
2	MR検査	部位	脳・脊椎(頸・胸・腰) 前立腺・骨盤腔 その他 ( )	

※ 3～8の検査については、高校生以上が対象です。

- |         |          |                |
|---------|----------|----------------|
| 3 胃内視鏡  | 5 心臓超音波  | 7 筋電図          |
| 4 腹部超音波 | 6 甲状腺超音波 | 8 骨密度測定(DEXA法) |

病状(軽・中・重)	酸素(不要・要)
移動(歩行・車椅子・ストレッチャー)	
既往症 虚血性心疾患・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病 出血傾向・腎障害・その他( )	
手術歴(有・無) 有ノ場合 年頃 術	
感染症(内視鏡依頼時にご記入下さい) HBs抗原(+・-・未)、HCV抗体(+・-・未) RPR (+・-・未)	
現在の処方( ) ( )	
※抗凝固剤の内服 (有・無) 有の場合、検査日前一週間以上内服を中断して(いる・いない)	

症状・治療経過等

---



---



---

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

病医院名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_