

放射線検査 (CT・MRI・RI・DEXA)・生理検査・栄養指導

申込用紙兼紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名

年 月 日

独立行政法人
国立病院機構 **相模原病院**
FAX 042-742-5577
TEL 042-742-8331 (直通)

医療機関名
所在地
TEL・FAX
科 医師名 印

フリガナ		性別	TEL	()
患者氏名 生年月日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳	男・女	住所	〒

相模原病院受診歴 有 無 相模原病院ID ()

【傷病名・主症状・検査目的・指示等をご記入下さい】

検査予約日	年 月 日 ()	予約時間	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分
-------	-----------	------	--

放射線検査【必要な検査の項目と検査部位(1ヶ所)をご指定下さい】

CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸+腹 <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> 内臓脂肪) <input type="checkbox"/> その他 ()	造影希望 ※CT・MRIの方は必ずご記入ください <input type="checkbox"/> なし(単純) <input type="checkbox"/> あり(当日の問診で中止となる場合があります。) <input type="checkbox"/> 一任(放射線科医師が必要と判断した場合に造影) 造影あり又は、一任の場合にご記入ください。 喘息 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ヨードアレルギー : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Cre値:() mg/dl 採血日 年 月 日 ↑記載ない場合、又はデータが6ヵ月以上前の場合はチェッカーにて採血します。 <input type="checkbox"/> 採血希望(3割負担の方で検査代別途700円程度)
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 椎体(頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 上腹部(MRCP・肝・胆・膵・腎副腎) <input type="checkbox"/> 骨盤部(子宮卵巣・前立腺・()) 乳腺・手・肩・足・股・膝 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()	
RI (核医学)	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 心筋シンチ (<input type="checkbox"/> 運動・ <input type="checkbox"/> 薬剤) <input type="checkbox"/> 脳血流IMP <input type="checkbox"/> DATシンチ <input type="checkbox"/> その他 ()	
DEXA	<input type="checkbox"/> 腰椎+両股関節 結果報告書は紙ベースです CD-R・ <input type="checkbox"/> 希望 (<input type="checkbox"/> なしあり)	
【CT・MRI・RIの方は下記項目をご記入下さい】 希望媒体 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R(DICOM) <input type="checkbox"/> フィルム+CD-R(DICOM)		

生理検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査(心臓・腹部・頸動脈・頸部・甲状腺・下肢動脈・下肢静脈) ※下肢動脈のみ、ABI数値が必須 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無・当院でABI施行します) ※心臓のみ 動画CD-R希望 (<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり)
	<input type="checkbox"/> 血圧脈波伝播速度検査(PWV/ABI) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル検査
身長・体重	cm kg

栄養指導	1200・1400・1600・1800 Kcal NaCl 5・6・7 g ※該当するものに○をして下さい
栄養指導の参考となりますので採血データがあれば当日持参させてください。(肝機能・腎機能・血糖・脂質など)	

※ お電話で検査予定日時が決まりましたら、こちらの用紙をFAXして頂き、当日は患者様ご本人に持参して下さい。