

# 検査診療情報提供書 I

年 月 日

医療法人愛和会  
金沢病院 御中

御 紹 介 施 設	所在地
	施設名
	医師名
	Tel・Fax

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	男・女
患者氏名			年 月 日	才
TEL				

必要な項目(検査項目、検査部位、撮影方法)をチェック、ご記入ください。

検査日時	月 日 時 分
<input type="checkbox"/> CT 【 単純のみ ・ 造影のみ ・ 単純+造影 】 《 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ DIC-CT ・ その他( ) 》 ※造影CT検査の場合は別紙問診票の記入が必要です。 ※DIC-CTは造影検査になります。 <input type="checkbox"/> 消化管造影 【 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 】 ※食道胃の場合、プチルスコポラミンの使用( 可 ・ 否 ) ※否の場合はグルカゴンを使用します。 ※生検が必要になった場合のため、抗凝個剤・抗血小板剤を1週間前から休薬が必要です。 <input type="checkbox"/> 骨密度 ※前腕測定	
既往歴、傷病名、検査の詳細や検査目的等をご記入ください。	
結果説明はどちらで行いますか？ 【 貴院 ・ 金沢病院(希望医師名: Dr.) 】	
結果出しについてお選びください。 <input type="checkbox"/> 所見用紙のみ <input type="checkbox"/> 検査画像のみ( CD-R ・ フィルム ) <input type="checkbox"/> 所見用紙と検査画像( CD-R ・ フィルム ) <input type="checkbox"/> 他の希望( ) ※画像提供:①CT検査:CD-R無料 ※フィルムをご希望される場合は別途一律500円/枚です。 ②消化管造影:レントゲンフィルム ③骨密度:専用用紙での提供です。	

医療法人愛和会 金沢病院

R2.1 改訂

〒657-0057 神戸市灘区神ノ木通4丁目2-15 TEL:078-871-9001(代) FAX:078-805-5740