

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	M・T・S・H	年	月	日
患者氏名		性別	(男・女)			才
		TEL				

必要な項目（検査項目、検査部位、撮影方法）をチェック、ご記入してください。

検査日時；	月	日	時	分
-------	---	---	---	---

- 一般レントゲン撮影（撮影部位は下記に記載して下さい。）
- 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。
- 大腸 CT 検査（前処置が必要ですので、診察予約をお取りください。診察後、後日検査致します。）
- 消化管造影 【 食道・胃・十二指腸 】
*食道胃の場合：ブスコパンの使用（可・否） *否の場合はグルカゴンを使用します。
- 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。

結果出しについてお選びください。

- 所見用紙のみ 検査画像のみ（CD-R等） 所見用紙と検査画像（CD-R等）

※画像提供：①一般撮影、CT検査、消化管造影；CD-R（無料）での提供となります。

②骨密度；紙媒体での提供となります。

医療法人愛和会 金沢病院

H30.4 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