

# 検査診療情報提供書 II

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
<input type="checkbox"/> 超音波 【 上腹部 ・ 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 乳腺 ・ 心臓 】 <input type="checkbox"/> 内視鏡 【 上部消化管内視鏡 ・ 大腸内視鏡 】 <u>※生検が必要になった場合のため、抗凝固剤・抗血小板剤を1週間前から休薬して下さい。</u> <u>また、大腸内視鏡に関して</u> <u>貴院にて、ラキソベロン（ラキソセリン）1本、プルセニド（チネラック）2錠 処方してください。</u> <input type="checkbox"/> 心電図 【 24時間ホルター 】 <u>※2日連続の来院が必要になります。</u> <input type="checkbox"/> エコー下生検 【 甲状腺 ・ 乳腺 】				

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  
  画像・波形のみ  
  所見用紙と画像・波形  
 ※画像提供：①超音波・内視鏡；専用フィルム  
 ②心電図；専用用紙  
 での提供となります。