検 査 診 療 情 報 提 供 書 Ⅱ

平成　　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

□ 超音波　【　上腹部　・　頸動脈　・　甲状腺　・　乳腺　・　心エコー　】

□ 内視鏡　【　上部消化管内視鏡　・　大腸内視鏡　】

※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。

また、大腸内視鏡に関して

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。

□ 心電図　【　24 時間ホルター　】　※2 日連続の来院が必要になります。

□ 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。

□ 所見用紙のみ　□ 画像・波形のみ　□ 所見用紙と画像・波形　□ 他の希望（　　）

※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。

医療法人愛和会　金沢病院　　H21.7 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