

# 診療・検査予約依頼票

TEL 052-611-1122 FAX 052-611-1021

依頼日 年 月 日

(宛先)大同病院・だいでうクリニック 地域医療連携室 宛

1 紹介元医療機関等(医療機関名称、所属科、担当医師名、電話番号、FAX 番号)※ゴム印の押印でも構いません。

## 2 依頼内容

依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 検査 ※入院診療→お電話でご連絡ください。			
受診希望日	①	年 月 日 ( )		
	②	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
診療科 医師	科		医師 <input type="checkbox"/> 医師の指定なし	
放射線検査	<input type="checkbox"/>	C T ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) (部位: )		
	<input type="checkbox"/>	M R I ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) (部位: )		
	<b>確認事項</b> ①希望される情報提供の方法をお選びください。 <input type="checkbox"/> CD+紙レポート <input type="checkbox"/> CDのみ <input type="checkbox"/> 紙レポートのみ <input type="checkbox"/> ID-Link <input type="checkbox"/> 全て希望 ②MRI、または、胸部を含む CT 検査依頼時 → ペースメーカー・除細動器 ( 有・無 ) 「有」の場合は、ペースメーカー・除細動器(ICD)手帳のコピーを FAX してください。			
	※1 造影検査の場合は検査前々日までにクレアチニンまたは eGFR の検査結果を FAX してください。 造影CT 腎機能の低下している方(血清クレアチニン 1.0mg/dL 以上、または、eGFR45 未満)はお受けいただけません。 造影 CT では、ビグアナイド系糖尿病薬を造影剤投与 2 日前から投与後 2 日の計 5 日間中止が必要です。中止していない場合は延期させていただきます。 造影MRI 腎機能の低下している方(血清クレアチニン 1.5 mg/dL 以上、または、eGFR30 未満)はお受けいただけません。 ※2 気管支喘息のある方・造影剤副作用歴のある方は、原則造影検査はお受けいただけません。			
	<input type="checkbox"/>	R I (検査項目: )		
	<input type="checkbox"/>	骨 密 度 (撮影項目: 腰椎+大腿骨・腰椎・股関節・前腕)		
	<input type="checkbox"/>	レントゲン (部 位: )		
生理検査	<input type="checkbox"/>	心 臓 超 音 波	<input type="checkbox"/> 頸 動 脈 超 音 波 <input type="checkbox"/> 腹 部 超 音 波	
	<input type="checkbox"/>	甲 状 腺 超 音 波	<input type="checkbox"/> 乳 腺 超 音 波 <input type="checkbox"/> 心 電 図	
内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 <input type="checkbox"/> 上部+下部 ( 鎮静・経鼻 ) 希望 ※ワーファリン内服( 有・無 ) 「有」の場合は検査前々日までに PT-INR の検査結果を FAX してください。(内視鏡検査から 1 週間以内の結果が必要です。) PT-INR の測定が困難な場合または INR3.0 以上は観察のみの検査対応となります。(生検・切除不可)			
	コメント			

## 3 患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名			<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )		
TEL(連絡のつく番号)	- -	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	※入院中の場合は、入院算定料を紹介状等にご記入ください。	

## 4 お知らせ

(1) 診療・検査予約日時は折り返し、FAX でお返事しますので、しばらくお待ちください。

(2) FAX での診療予約、検査予約は平日の8時30分から午後5時迄です。土曜日は午後2時迄です。

2024.2