


茅ヶ崎徳洲会総合病院(検査用)  
診療情報提供書

病院控

年 月 日

医療機関名

下記検査をお願いします。(  で囲ってください)

医師名

生理検査 ・ 放射線検査 ・ 内視鏡検査

住所

TEL

FAX

患者氏名	殿 男 ・ 女	茅ヶ崎徳洲会病院ID NO
生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日	歳
病 名 (主訴) 依頼内容		
病状経過 手術歴 治療経過 処方内容 特記事項		
<b>生理検査</b>	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他腹部(                    ) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他	
その他	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 負荷心電図( <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル ) <input type="checkbox"/> 24時間心電図 <input type="checkbox"/> A B I <input type="checkbox"/> 簡易肺機能 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 筋電図 <input type="checkbox"/> 神経伝達速度 <input type="checkbox"/> 携帯睡眠ポリグラフィー <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
<b>放射線検査</b>	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> RI(                    ) <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 → (検査食を検査2日前までに放射線科へ取りにきていただくようお願いください) <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 ) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢(右 ・ 左 部位:                    ) <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
造影剤	<input type="checkbox"/> 使用 → (造影剤使用同意を患者様にとっていただき、同意書を必ずお持ちください) <input type="checkbox"/> 不使用    注:同意書のない場合は単純検査のみの変更になります	
<b>内視鏡検査</b>	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部(大腸)内視鏡    ※下記項目の記載をお願いします	

薬剤アレルギー ( + ・ - )	感染症検査 <input type="checkbox"/> 検査済み <input type="checkbox"/> 未検査
糖尿病 ( + ・ - )	HBsAg    ( + ・ - )    測定日 /
心疾患 ( + ・ - )	HCV    ( + ・ - )    測定日 /
慢性腎不全 ( + ・ - )    透析年数(    年)	TPHA等    ( + ・ - )    測定日 /
出血傾向 ( + ・ - )	(                    ) ( + ・ - )    測定日 /

抗血栓薬の服用状況 ※(内視鏡検査を受けられる方)

抗血栓薬 ( + ・ - )    薬品名(                    )

服用継続

バナルジンは検査前 5日間 中止 (    /    )より

バナルジン以外の抗血栓薬は検査前 3日間 中止 (    /    )より

2種類以上併用している場合は検査前 7日間 中止 (    /    )より