

診察・検査申込書

ベルランド総合病院 地域医療連携室

電話 0120-13-9215 FAX 0120-53-0096

●受診科 _____科 ●希望医師名 _____

●依頼検査は右の欄の□内に入力してください。

●紹介元医療機関

名称: _____

住所: _____

電話: _____ () FAX: _____ ()

医師名: _____

●受診(検査)目的

CT・MRI 検査の諸注意	ペースメーカー埋め込み 有 ・ 無 造影検査の場合: 3ヶ月以内のクレアチニン値(採血日 / / 、 mg/d) CT造影検査の場合: ビグアナイド系糖尿病治療薬の処方 (有 ・ 無)
--------------------------	--

●受診(検査)希望日

*第1希望: 月 日 (曜日) *第2希望: 月 日 (曜日)

*第3希望: 月 日 (曜日) *第4希望: 月 日 (曜日)

●患者様の歩行状態: 歩行可能 車いす ストレッチャー

●送迎サービス利用: 有(同乗者 名/同乗者無) 無

●患者情報 **※保険証は受診時に必ずお持ちください。**

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
ベルランド総合病院での受診歴 有 ・ 無			
住所	〒 _____ 電話 _____ ()		

●放射線科	
CT検査 (単純・造影) (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 冠動脈3D <input type="checkbox"/> 歯科インプラント(業者名: _____) <input type="checkbox"/> 他CT(_____)
MRI検査 (単純・造影) (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 小脳橋角部 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 肺・縦隔 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> 肝ダイナミック <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎副腎 <input type="checkbox"/> 子宮卵巢 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 他四肢(_____) <input type="checkbox"/> 脳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸動脈静脈MRA <input type="checkbox"/> 他MRA(_____) <input type="checkbox"/> 他MRI(_____)
造影撮影検査	<input type="checkbox"/> 腎盂造影(体重 _____ Kg 社保/国保)
透視検査	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 下咽頭~食道
RI検査	*診療情報提供書を事前にFAX送信して下さい。 <input type="checkbox"/> 骨シンチ(体重 _____ Kg) <input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ(運動・薬物) <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(安静 ・ ダイアモックス負荷) <input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> 他シンチ(_____)

●内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 *大腸内視鏡検査の予約は、診察が必要です。
-------------	---

●臨床検査科	
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・脾) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓(ドプラーを含む)
超音波血流検査	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢(A動脈 / V静脈)
心機能検査	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> エルゴメーター <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図
呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> 簡易(肺気量分画・FVC・FEV1) <input type="checkbox"/> 精密(肺気量分画・FVC・FEV1・RV・RV/TLC・FRC・残気量・肺拡散能)
誘発電位検査	<input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> SEP/SSEP(上肢) <input type="checkbox"/> SEP/SSEP(下肢) <input type="checkbox"/> VEP
神経伝導検査	<input type="checkbox"/> MCV/SCV(正中神経・尺骨・橈骨)
筋電図検査	<input type="checkbox"/> 針筋電図(部位 _____)
脳波検査	<input type="checkbox"/> 脳波(過呼吸・光刺激) <input type="checkbox"/> その他(_____)