

当院受診歴： 無 ・ 有 (I D :)

紹介元医療機関名：		住所	
紹介元医師名：		TEL:	
FAX:			
◆患者情報			
患者氏名		性別	生年月日
フリガナ			
		男	明治・昭和
		女	平成・令和
			年
			月
			日
			歳
住所		電話番号①	
		(固定)	
		電話番号②	
		(携帯)	

貴院での状況		☐ 外来患者さま → 貴院で待機中（はい ・ いいえ） ※受付時間外並びに内容によっては翌営業日の対応となります。 ☐ 入院患者さま	
検査予約希望日		① 月 日（ ） ② 月 日（ ） ③ 月 日（ ） ※当日の検査をご希望の場合は、必ず患者支援センターまで電話連絡をお願いいたします。	
放射線科 ◆ 承諾書をご持参ください（必要な検査のみ）	☐ <u>MRI</u> ☐ 単純 ☐ 造影 ◆体内金属 （有 ・ 無 ・ 不明） 種類 （ ） ☐ 撮影可	☐ 頭部 ☐ 頭部+MRA ☐ VSRAD ☐ 頸部 ☐ 頸部MRA ☐ 胸部 ☐ 腹部+MRCP ☐ 上腹部～骨盤部（目的臓器： ） ☐ 骨盤部（目的臓器： ） ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 胸椎 ☐ 全脊柱 ☐ 肩関節（右・左） ☐ 股関節（右・左） ☐ 膝関節（右・左） ☐ 肘関節（右・左） ☐ 足関節（右・左） ☐ 足（右・左） ☐ 手（右・左） ☐ 手関節（右・左） ☐ 軟部腫瘍（部位： ）	■造影検査 ※3ヶ月以内の値をご記入下さい。 （ 年 月 日測定） ● eGFR： _____ もしくは血清クレアチニン _____ md/dl
	☐ <u>C T</u> ☐ 単純 ☐ 造影		※C T（造影） ビグアナイド系糖尿病薬の投薬がある場合は検査日の前後2日間、当日含め5日間投薬中止して下さい。
	☐ <u>一般撮影</u>	☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他（ ）	☐ <u>DXA</u>
	☐ <u>X線透視</u>	☐ 胃 ☐ IVP ☐ 注腸（前処置： ☐ 当院 ☐ 各自）	
内視鏡センター	☐ <u>上部消化管</u> （午前のみ） ☐ <u>下部消化管</u> （午後のみ）	<上部のみ> ☐ 経口 （ ☐ 鎮静あり ☐ 鎮静なし ） ☐ 経鼻 <抗凝固剤・抗血小板薬の服用> ☐ あり（継続 ・ 中止 休薬期間： 日間） ☐ なし ※下部消化管検査については事前受診が必要な場合があります。詳細はお問い合わせください。	
検査科	☐ <u>超音波検査</u> ☐ <u>生理検査</u> ☐ <u>PSG（検査入院）</u>	☐ 心臓 ☐ 腹部（ ☐ 肝硬度測定 ☐ 肝脂肪化定量 ） ☐ 甲状腺 ☐ 頸部血管 ☐ 血管 ☐ その他（ ） ※乳房は診察が必要となります。診察予約申込書でご依頼ください。 ☐ 呼吸機能 ☐ トレッドミル ☐ 神経伝達速度 ☐ ホルター心電図 ☐ ABI・PWV（動脈瘤： ☐ 有 ☐ 無 シャント： ☐ 有（部位： ） ☐ 無 ※有の場合は禁忌のためABI検査困難です。 ☐ 1泊2日入院	
症状経過 治療経過 検査結果 処方等	（別紙がある場合は添付をお願いします。） ※診療情報提供書、検査記録など原本は当日ご持参下さい。		