

# 見本

## 検査依頼用紙(埼玉協同病院宛)

患者ID		紹介元医療機関名	
患者名		指示医師名	
生年月日		TEL	
性別	男 ・ 女	予約日	年 月 日 ( ) 午前 時 分 午後

【疾患名】 ※主となる疾患名を○で囲んでください。その他の場合は、( )の中にご記入ください。

高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病(1型 ・ 2型)

消化器疾患 ・ 脳血管疾患 ・ その他( )

※必要事項をご記入下さい。  
※「検査目的」は所見と同義です。必ず記載をお願い致します。

【検査目的】

(記入例)頭痛精査・健診後の便潜血陽性など

【検査選択】

※検査種・検査部位を○で囲んでください。内視鏡検査と造影剤(+)の場合は、同意書も併せて患者様へお渡しください。

検査種	検査部位				造影剤(+ -)
CT	頭部	胸部	腹・骨盤	その他( )	(+ -)
MRI	脳+(MRA)	MRCP	椎体(胸椎・頸椎・腰椎)	その他( )	(+ -)
透視	MDL(注射指示:ブチルミン1A・注射なし)		注腸(注射指示:ブチルミン1A・グルカゴン1V・注射なし)		
エコー	心臓	腹部	甲状腺	頸動脈	乳房
内視鏡	上部…《経口・経鼻》		下部		
	注射指示について…ブチルミン1A・グルカゴン1V・注射なし				
	抗凝固薬の内服 (有・無) ※有の場合、患者様へ休薬期間についてご説明ください。				
その他	トレッドミル	ホルター心電図	ABI		

※検査部位を○で囲んで下さい。

【検査事前チェック】

※CT造影剤使用患者様のみ確認してください。

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 造影剤の過敏症 (有・無)      | 8. テタニー (有・無)         |
| 2. 気管支喘息 (有・無)        | 9. 褐色細胞腫(疑いを含む) (有・無) |
| 3. 重篤な甲状腺疾患 (有・無)     | 10. アレルギー (有・無) 内容( ) |
| 4. 重篤な心臓疾患・肝臓障害 (有・無) | 11. 腎機能の確認 Cr値( )     |
| 5. 急性膵炎 (有・無)         | ※検査実施日 年 月 日          |
| 6. マクログロブリン血症 (有・無)   | 12. ビクアナイド系糖尿病用薬剤使用   |
| 7. 多発性骨髄腫 (有・無)       |                       |

※CT造影剤使用の場合はチェックをお願いします。

※MRI検査・造影剤使用患者様は確認してください。

- |                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| 1. 心臓ペースメーカー (有・無)    | 【造影剤チェック】                    |
| 2. 脳動脈瘤クリップ (有・無)     | 1. ガドリニウム系造影剤による過敏症の既往 (有・無) |
| 3. 閉所恐怖症 (有・無)        | 2. 気管支喘息 (有・無)               |
| 4. 刺青 (有・無)           | 3. 腎機能の確認 Cr値( )             |
| 5. 体内金属や電子機器の装着 (有・無) | ※検査実施日 年 月 日                 |

【結果返しについて】

★検査報告書が完成しましたら、貴院へ郵送いたします。

※MRIの場合はチェックをお願いします。造影剤使用時は右側の箇所も必ず記載をお願い致します。

【検査予約・問合せ連絡先】 埼玉協同病院 : 地域医療連携室

直通電話 048-297-9852

FAX 048-296-8479