

診療情報提供書 兼 検査依頼票(埼玉協同病院・ふれあい生協病院)

氏名		医療機関名	
生年月日/性別	年 月 日 / 男・女	担当医師名	印
住所	患者様の情報をご記入ください	住所	貴院の情報をご記入ください
電話番号		電話番号	
		予約日	月 日 () 時 分

紹介目的 傷病名	検査目的をご記入ください	予約日をご記入ください
既往歴/家族歴 症状経過/治療経過	ある場合のみご記入ください	
現在の処方	ある場合のみご記入ください お薬手帳持参される場合はチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> お薬手帳をご参照ください
備考		

【埼玉協同病院】

検査区分	検査内容	検査部位・造影剤の有無に ○をしてください
CT	頭部 胸部 腹部 腹骨盤 体幹部 その他() 造影剤(+ -) 心臓ペースメーカー(有・無) / 除細動器(有・無)	
MRI	脳+(MRA) MRCP 胸椎 頸椎 腰椎 骨盤 その他() 造影剤(+ -)	
エコー	心臓 腹部 頸動脈 乳房 その他()	
内視鏡	上部(経鼻) 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 インスリン使用(有・無)	
その他	ホルター心電図 DEXA ABI(身長 cm・体重 kg ・血圧測定禁忌 有 / 右腕・左腕 / 無)	

※CT部位 腹部:腎下縁まで、体幹部:胸部から骨盤まで

【ふれあい生協病院】

検査区分	検査内容
トレッドミル	負荷の指定(Bruce・Mod.Bruce・Kattus・Naughton) ジゴキシン使用(有・無)
脳波	希望賦活(過呼吸・光刺激・睡眠・過呼吸禁忌)

CT検査造影剤使用の場合のみご記入ください

※CT検査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 (有・無)
3.重篤な甲状腺疾患 (有・無)	10.アレルギー (有・無)
4.重篤な心疾患・肝障害 (有・無)	11.腎機能の確認 クレアチニン値()
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(有・無)
7.多発性骨髄腫 (有・無)	

MRI検査は1~8
造影剤使用の場合は【造影剤
チェック】1~3もご記入ください

※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)	8.その他 体内金属 (有・無)
2.除細動器 (有・無)	【造影剤チェック】
3.脳血管クリップ (有・無)	1.ガドリニウム系造影剤による過敏性の既往 (有・無)
4.流量調節シャントバルブ (有・無)	2.気管支喘息 (有・無)
5.刺青(アートメイク含む) (有・無)	3.腎機能の確認 クレアチニン値() eGFR()
6.妊娠 (有・無)	検査実施日(年 月 日)
7.義足・義手・義眼 (有・無)	【透析シャント】 (有・無)