

# 検査依頼用紙(埼玉協同病院宛)

患者 ID	
患者名	
生年月日	
性別	男 ・ 女

紹介元医療機関名	
指示医師名	
TEL	
予約日	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( )

【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								
CT	頭部	胸部	腹部	腹・骨盤	体幹部	その他( )	造影剤(+ -)		
MRI	脳	脳+(MRA)	MRCP	胸椎	頸椎	腰椎	骨盤	その他( )	造影剤(+ -)
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。 インスリン使用 (有 ・ 無)								
その他	トレッドミル	ホルター心電図	ABI	脳波	DEXA	栄養指導			

※CT部位 腹部:腎縁下まで 体幹部:胸部から骨盤まで

【検査事前チェック】

胸部CT施行の方 心臓ペースメーカー (有 ・ 無) 除細動器 (有 ・ 無)

※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 (有 ・ 無)
7. 多発性骨髄腫 (有 ・ 無)	

※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. 脳血管クリップ (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. 流量調節シャントバルブ (有 ・ 無)	2. 気管支喘息 (有 ・ 無)
4. 刺青(アートメイク含) (有 ・ 無)	3. 腎機能の確認 Cr値( ) eGFR( )
5. 妊娠 (有 ・ 無)	※検査実施日 年 月 日
6. 義足・義手・義眼 (有 ・ 無)	【透析シャントの有無】
7. その他 体内金属 (有 ・ 無)	(有 ・ 無)

【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。

【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