

見本

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	年 月 日 () 午前 午後 時 分

【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」は所見と同じです。
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								
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			

※検査部位を○で囲んで下さい。

※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

※胸部CT施行の方はチェックをお願いします。

※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)		

※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)	

※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。

【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