

ベリタス病院 検査予約申込書 (診療情報提供書)

年 月 日

FAX:072-793-2755

紹介元医療機関名:

紹介元医師名:

住所:

TEL:

FAX:

患者情報	フリガナ	当院受診歴 無・有 (ID:)
	氏名 様 (男・女)	生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳) 平成・令和
	〒 住所	TEL:

希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()
-----	-------------------------------

放射線科	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	検査部位 【 】 ・左右どちらかも必ずご記入ください ・下欄の傷病名等の欄も記入ください	造影検査 6か月以内の血液検査データ をお送りください。 測定日 年 月 日 eGFR: _____ ※ もしくは Cre: _____	MRI検査 該当項目にチェック <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 歯科インプラント <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> 入れ墨 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 該当項目なし <input type="checkbox"/> 項目確認し検査可
	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 造影			
	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影CT	循環器診察があります	↑ 上記『造影検査』と同じ		
	<input type="checkbox"/> DXA	骨密度検査			
	<input type="checkbox"/> その他	()			
検査科	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 生理検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 負荷心電図(エルゴメータ) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI・PWV) <input type="checkbox"/> ユービット(尿素呼気) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> PSG	睡眠時無呼吸症候群精密検査(1泊2日入院 金曜夕入院)			
内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡	内科外来診察 ⇒ 当日検査			
	<input type="checkbox"/> 上下部内視鏡	内科外来診察 ⇒ 後日検査(80歳以上の方は1泊2日入院)			
	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡	外科外来診察 ⇒ 後日検査(80歳以上の方は1泊2日入院)			

傷病名・紹介目的・症状経過・治療経過・検査結果・処方・備考等

・平日17時・土曜12時以降のお申し込みは翌業務日にお返事いたします。
・保険証、診療情報提供書(当書式原本含む)は必ず患者様来院時にお持ちください。
※当院はeGFRを採用しています。30ml/min/1.73m²未満の場合原則造影検査を行えません。