

(様式2)

日立総合病院  
地域医療連携室 行き

TEL:0294-23-8343

FAX:0294-23-8412

《 医療機器共同利用申込書 兼 診療情報提供書 》

放射線科 / 消化器内科 / 循環器内科 検査担当医 先生

(当院診察券印字欄のため上記記載しない下さい)

【検査依頼方法】

①該項目にチェック・記入しこの用紙(検査申し込み兼診療情報提供書)を日病へFAX⇒検査日時を決定後予約票を依頼元へFAX  
※検査当日は、予約票とこの用紙(検査申込書兼診療情報提供書)の原本を持参し来院(依頼元ではコピーなどを保管お願いします)

申込み年月日	年 月 日	医師名	科
紹介元 医療機関名			印
電話番号	FAX番号		
休診日 *1	平日定期休診日 ( ) 曜日・直近の臨時休診日 ( )	貴院の次回受診日( )	未定

\*1 検査の読影結果で医療機関に至急ご連絡をする場合がございますので、検査日時は貴院の休診日以外でのご予約となります。  
また、検査当日、当院を緊急受診する場合は、紹介状作成をお願いすることがあります。

検査予約日で都合の悪い日	無 有 ( )	当院受診歴	有 無 不明
*検査項目によって曜日や時間が限定されるため希望日や時間指定は難しいことがあります。		ID	*分かれば可
フリガナ	旧姓(任意でOK)	性別	男 女
患者氏名	旧姓登録可能性有の場合	生年月日	年 月 日 歳
患者住所		連絡先 TEL	*日中繋がる番号(携帯など) ① 本人 その他( ) ② 本人 その他( )
病 名			
主訴・依頼目的	診療情報提供書参照 *PET検査依頼の場合は、こちらの欄は記載不要で別紙紹介状で詳細をお願いします		
	*スムーズな読影のため 楷書で記入いただくか ダウンロードして入力 いただけますと幸いです。		
合併症	糖尿病(内服 有 無) 高血圧(内服 有 無) 腎不全(透析日 ) ペースメーカー・ICD アレルギー【 喘息 アルコール 薬剤・造影剤( )】		

内視鏡	CT	シンチグラム	生理学検査	超音波
食道・胃	単純造影 *撮影部位を下記より選択	心臓(薬剤負荷なし) *薬剤負荷心筋シンチについては 循環器内科の受診後、後日検査となりますので (様式1)の申込書と紹介状をお願いします	心エコー トレッドミル検査	上腹部エコー 下腹部エコー 甲状腺 頸部 下肢静脈 その他
HBs抗原 (-) (+) HCV抗体 (-) (+) 梅毒 (-) (+)	*造影の場合は以下も記載 Cr( ) *1.2以上は検査不可 検査日 年 月 日 *6か月以内採血結果で可 採血結果をFAXし当日原本持参 同意書記載して当日持参 喘息や造影剤アレルギーの確認	心交感神経シンチ 甲状腺 骨シンチ DATSCAN 腎形態シンチ 脳SPECT I-IMP Tc-ECD その他		
MRI	CT撮影部位 頭部 胸部 腹部 脊椎 四肢 その他		骨密度検査(骨塩定量) 腰椎2方向+大腿骨(DEXA法) *腰椎と両方の股関節に金属が入っている方は検査不可 *検査結果は、紙媒体のレポートでお渡します。	
*申込書は別用紙(様式3)と別途、紹介状の作成をお願いします。		その他の検査 大腸X線検査(注腸造影) ABR	PET-CT 体重 _____ Kg 糖尿病 有 無 *空腹時血糖200mg/dl以上は検査不可 *紹介状を別に記載して下さい「記載のお願い」HP参照 *画像がある場合は、当日画像を持参下さい	