

封筒に入れて患者さまにお渡しください

診療情報提供書(検査依頼書)

所沢市市民医療センター 担当医 宛

患者カナ氏名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
性別	

依頼元医療機関名
医師名

【依頼目的】 検査目的や疾患名、希望事項等をご記入ください

検査項目にを入れ、指示等をご記入ください

〈放射線検査〉 ※2020年7月よりフィルムレス運用になったため、画像の提供がCD-ROMのみになりました

<input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ 【部位】 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(女性技師が撮影します) <input type="checkbox"/> 一般撮影(部位:) <input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影 ※朝食抜き 注射指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン) <input type="checkbox"/> 骨密度測定検査(前腕骨)	
<table border="1"><tr><td>造影検査の場合必ずご記入ください 血清クレアチニン値(mg/dl)</td></tr></table> <p>※造影検査の注意事項</p> <ul style="list-style-type: none">・ 昼食抜きで午後からの検査となります・ ビグアナイド系経口糖尿病薬を服用の場合、検査当日より前後3日間の服用を中止してください	造影検査の場合必ずご記入ください 血清クレアチニン値(mg/dl)	放射線科受付 ☎ 04-2992-1170 (直通)
造影検査の場合必ずご記入ください 血清クレアチニン値(mg/dl)		

〈臨床検査〉

<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 ※朝食抜き。可能であれば尿を溜めてください。 <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルター心電図検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 現在休止中です	臨床検査科受付 ☎ 04-2992-1172 (直通)
---	--------------------------------

予約電話受付時間 月～金曜日 8:30～17:00