

検査診療情報提供書Ⅱ

年 月 日

医療法人愛和会
金沢病院 御中

御 紹 介 施 設	所在地
	施設名
	医師名
	Tel・Fax

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	男・女
患者氏名			年 月 日	才
TEL				

必要な項目(検査項目、検査部位、撮影方法)をチェック、ご記入ください。

検査日時	月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 超音波【 上腹部・頸動脈・甲状腺・乳腺・心エコー】 <input type="checkbox"/> 内視鏡【 上部消化管内視鏡・大腸内視鏡】 ※上部消化管内視鏡の場合:ブチルスコポラミンの使用(可・否) ※否の場合はグルカゴンを使用します。 ※生検が必要になった場合のため、抗凝個剤・抗血小板剤を1週間前から休薬が必要です。 病状によって休薬が難しい場合は下記にご記入お願い致します。 また大腸内視鏡では貴院にて、ピコスルファートNa1本、センノシド2錠処方をお願い致します。 (前処置から当院でご希望の場合はお申し付け下さい) <input type="checkbox"/> 心電図【 24時間ホルター】 ※2日連続の来院が必要になります。 <input type="checkbox"/> エコー下生検【 甲状腺・乳腺】	
既往歴、傷病名、検査の詳細や検査目的等をご記入ください。	
結果説明はどちらで行いますか?【 貴院・金沢病院(希望医師名: Dr.)】	
結果出しについてお選びください。 <input type="checkbox"/> 所見用紙のみ <input type="checkbox"/> 画像・波形のみ <input type="checkbox"/> 所見用紙と画像・波形 <input type="checkbox"/> 他の希望() ※画像提供:①超音波・内視鏡:専用フィルム ②心電図:専用用紙での提供となります。	

医療法人愛和会 金沢病院

R2.1 改訂

〒657-0057 神戸市灘区神ノ木通4丁目2-15 TEL:078-871-9001(代) FAX:078-805-5740