診療情報提供書（検査予約用）

年　　月　　日

静岡徳洲会病院

医療機関名／科名

科　　先生御侍史

医師名　　㊞

TEL ： 054 - 256 - 8157　　TEL ：

FAX ： 054 - 256 - 8163　　FAX ：

ふりがな		生年月日	
氏　名	男・女	明 大 昭 平	年　月　日
住　所	〒	電話番号	
公費利用	有　・　無		
検査項目	■ＣＴ　□単純 □造影 □両方 □一任 部位（　　） ■ＭＲＩ　□単純 □造影 □両方 □一任 部位（　　） ■PET-CT　（別紙の診療情報提供書（PET-CT 予約用）にてお願い致します） ■マンモグラフィ （一度乳腺外来を受診していただきます） ■消化管造影　□食道・胃・十二指腸造影　□注腸　ブスコパン 可 ・ 不可 （高血圧 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大）　グルカゴン 可 ・ 不可 ■内視鏡検査　□上部消化管内視鏡　□大腸内視鏡（感染症 ： 有 ・ 無 ・ 不明） ■超音波検査　□腹部エコー □心エコー □頸動脈エコー □下肢動脈エコー □甲状腺・乳腺エコー ■その他 検査名 （　　） ☆検査日時一覧表で検査実施可能をご確認下さい		
病　名 （主　訴） 検査目的 経過等	（第１希望日：　　年　月　日）	（第２希望日 ：　　年　月　日）	
	常用薬（　　）		
確認事項	◇歩 行　可 ・ 不可 （車椅子 ・ ストレッチャー） ◇閉所恐怖症　有 ・ 無 （ＭＲＩ検査に限る） ◇腎機能障害　有 ・ 無　その他 ◇膵機能障害　有 ・ 無 ◇造影剤アレルギー　有 ・ 無 ◇ペースメーカー　有 ・ 無 ◇妊 娠　有 ・ 無	※マニキュアやジェルネイルをされている方は、手や足に関わらず全てオフしてください。 ※歯科矯正治療中にMRI検査を受ける場合は、事前にかかりつけ歯科医師へご相談をお願いします。	