

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

(印)

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
検査項目	<p>■CT □単純 □造影 □両方 □一任 部位 ()</p> <p>■MRI □単純 □造影 □両方 □一任 部位 ()</p> <p>■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)</p> <p>■マンモグラフィ (一度乳腺外来を受診していただきます)</p> <p>■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</p> <p>■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)</p> <p>■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</p> <p>■その他 検査名 ()</p>		
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	<p>◇歩行 可・不可 (車椅子・ストレッチャー)</p> <p>◇閉所恐怖症 有・無 (MRI検査に限る)</p> <p>◇腎機能障害 有・無</p> <p>◇脾機能障害 有・無 その他</p> <p>◇造影剤アレルギー 有・無 []</p> <p>◇ペースメーカー 有・無 []</p> <p>◇妊娠 有・無 []</p>		