

ふりがな 性別：男・女 患者氏名： 生年月日：昭・平・令 年 月 日 患者電話番号(なるべく携帯電話) - - 高砂市民病院受診歴：あり・なし ID番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	依頼者： (TEL) - - (FAX) - -
---	-------------------------------------

検査目的： *シエーマは不可	感染症 B型肝炎() C型肝炎() Wa-R() 結核() その他感染症： 肝機能障害・肝硬変() 輸血(手術・事故等) () 緑内障() 前立腺肥大() 高血圧() 排尿障害() 糖尿病() 腎機能障害() 心疾患() 肺機能障害() ヨード過敏症： 薬物・食物過敏症： ペースメーカー・人工弁() 体内金属(磁性体)： 動脈瘤クリップ() 消化管吻合用クリップ() 人工骨頭・関節() 妊娠の有無() 精神状態() 要催眠剤() 抗凝固剤使用の有無(有・無) (薬剤名：)
-----------------------	---

100・CT			200・MRI			800・生理検査		
101	頭部(脳・後頭蓋・下垂体)	201	801	腹部超音波				
102	頭部(聴覚器・眼窩・副鼻腔・口腔・咽頭喉頭)	202	802	甲状腺超音波				
103	頸部(耳下腺・顎下腺・甲状腺)	203	803	頸動脈超音波				
104	胸部(肺・縦郭・胸郭)・乳房	204	804	心臓超音波				
105	上腹部(肝・胆・膵・腎・副腎)	205		下肢動脈超音波				
106	骨盤部(女性生殖器・膀胱・前立腺)	206		シャントエコー				
107	大血管(胸部・腹部)	207		下肢静脈エコー				
108	脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)	208	805	ホルター心電図				
109	上肢()・血管 下肢()・血管	209	807	脳波				

A・単純 B・造影 C・単純+造影

300・内視鏡検査	
303	胃ファイバー
304	大腸ファイバー
305	胃瘻カテーテル交換

600・骨塩定量	
601	腰椎正面+左股関節
602	腰椎正面+右股関節

808	睡眠時無呼吸症候群検査(簡易型)
809	M C V
810	肺機能検査
811	A B I
	語音聴力検査
	A B R

画像配布方法 (CD ・ フィルム ・ 所見のみ)

702	M M G (マンモグラフィ)
-----	-----------------

検査希望日：ご希望があれば、お知らせください。なお、ご希望に沿えない場合もあるかと思いますが、その時は、ご容赦ください。

いつでも良い	第1希望	第2希望
--------	------	------

コード	方法	予約日時				コード	方法	予約日時					
		令和	年	月	日	曜日			令和	年	月	日	曜日
		午前・午後			時	分			午前・午後			時	分

○ご紹介患者さまの個人情報の取り扱いについて

上記情報につきましては、ご紹介患者さまご本人の同意を得たうえで、検査予約センターまでFAX送信いただきますようお願いいたします。高砂市民病院へ提供していただいた情報につきましては、個人情報の保護に関する法律などの規定にもとづき、画像・生理検査に利用を限定しております。