診療情報提供書 (検査用)

浅香山病院　御中　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介医療機関名称住　所医師名 |  | TEL | 　　　（　　　） |
| FAX | （　　　） |
|  |
| フリガナ |  | 生 年 月 日年 　　　 月 　 　　日 |
| 氏名 |  |
| 年齢　 　歳 | 性別　男 ・ 女 |
| 住　所 |  | TEL　　　（　　　　） |
| 携帯　　　（　　　　） |
|  |
| 主訴または病名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　感染症がある場合は、ご記入ください検査目的・希望事項 |
| 現在の処方（内服薬） |
| 予約申込検査（お申し込み希望検査の□内にチェックをしてください） |
| 放射線科検査 | 消化管 | * 食道　□ 胃（十二指腸）　□ 小腸　□ 吻合部　□ 注腸
 |
| 造影撮影 | * ＤＩＰ
 |
| 超音波検査 | □ 腹部（肝・胆・膵・腎・脾）　□ 甲状腺　□ 乳腺エコー □ 頸動脈エコー□ 腎血管エコー　□ 下肢静脈エコー　□ 下肢動脈エコー |
| 循環器検査 | □ 心エコー □ 運動負荷心電図検査 □ 24時間ホルター心電図□ 24時間ホルター血圧測定 □ ＡＢＩ／ＣＡＶＩ（上肢下肢血圧比） |
| 呼吸機能検査 | * 簡易肺機能検査（ＶＣ ・ ＦＶＣ）
 |
| * 精密肺機能検査（ＶＣ ・ ＦＶＣ ・ ＦＲＣ ・ ＤＬco）
 |
| * ＳＡＳ簡易検査　 □ 呼気ＮＯ検査
 |
| 脳 波 検 査 | * 過呼吸 ・ 光刺激負荷検査　□　睡眠賦活検査

体重・薬剤の禁忌・重篤な心肺疾患の有無について検査目的欄にご記入ください |
| 内視鏡検査 | * 上部消化管 □ 経口（ 鎮静あり ） □　経口（　鎮静なし　）

□ 経鼻細径（ 鎮静なし ）　　□　経口細径（　鎮静なし　）※「胃カメラ説明・同意書」、鎮静ありの場合は「鎮静剤使用に関する説明・同意書」の記入も必要です。※その他の内視鏡検査は、まず診察が必要になりますので【診察用】の診療情報提供書にて依頼をお願い致します。 |
| 栄 養 指 導 | * 栄養指導
 |
| 心理テスト | * 診断補助　□　診断書〔障害年金受給〕作成　□ その他（　　　　　　　　　　　　 　　）
 |

浅香山病院　地域医療連携室　TEL　072-229-9232　FAX　072-229-9267

（平日 8：30 ～ 19：30 ・ 土曜日 8：30 ～ 12：00）