令和 年 月 日 紹介先医療機関名 医療機関名 長崎県島原病院 所 在 地 科 御中 TEL FAX 科 医師名 印 フリガナ 明・大・昭・平 生年月日 男・女 患者氏名 年 月 日(歳) TEL 住 所 ( )

## 検 査 予 約 申 込 書

3枚複写になっております。

長崎県島原病院 TEL: 0957-63-1145 地域医療連携室 FAX: 0957-63-6544

## 【検査項目】

	造影希望	□□有			造影希望	□有 □無			
M R I	※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします				※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします				
	□頭部 □眼窩 □頚部 □胸部 □腹部 □骨盤腔 □頚椎 □胸椎 □腰椎 □ MRCP □ VSRAD □ その他( )				□ 頭部 □ 頚部 □ 胸部 □ 腹部(肝~腎) □ 骨盤腔 □ 眼窩 □ 副鼻腔 □ 頚椎 □ 胸椎 □ 腰椎				
	[特記事項:必ずチェックをお願いします]				│□頚椎 □胸椎 □腰椎 │□冠動脈造影CT				
	①心臓ペースメーカー		<u>.</u> □無		□その他(	)			
	②人工内耳		□無		□骨シンチ				
	③脳動脈クリップ	□有	□無	R	□その他(	)			
	④脳室シャントチューブ	□有	□無		※骨シンチ以外のRI検査については、別	途患者情報が			
	⑤手術歴※有の場合(	)□有	□無	l	必要ですので、 <mark>RI検査患者情報送付書</mark>	を併せてFAX			
	⑥体内金属※有の場合(	) □有	□無		<u>送信</u> をお願いします				
	<b>⑦閉所恐怖症</b>	□有	□無	니다	□腹部 □心 □甲状腺 □乳腺				
	⑧仰臥位で安静(約1時間)	□可	□不可	Ī-	□その他(	)			
	9歩行	□可	□不可		□胃内視鏡				
	1)アレルギー歴	□有	□無		・ブスコパン使用	□可 □不可			
	2)造影の既往	□有	□無	胃	・グルカゴン使用	□可 □不可			
	3)造影の副作用	□有	□無	内	・抗血栓薬の使用	□有 □無			
※造影特	4)心疾患既往	□有	□無		※有の場合(薬剤名:	)			
	5)気管支ぜんそく	□有	□無	視	(休薬期間:	)			
	※有の場合は原則造影はできません			鏡	・感染症				
記	6)腎機能障害	□有	□無		※陽性の場合はチェックして下さい				
事項	※予約後「検査報告書」を送信致します。3 (BUN・クレアチニン)を記入し当日持参		データ		□HBs抗原 □HCV抗体				
	7)メトホルミン製剤の服用	□有	□無	その	□マンモグラフィー □スの# (				
	※服用中の場合は、造影CT検査前48時間、検査後48時間の 休薬をお願いします。			の他	□その他(	)			

## 診療情報提供書

							令和	年	月		日			
紹介先医療機関名 長崎県島原病院					医療機関名									
		TV //n	Р.	所 在 地										
科 御中					EL			FAX						
				科 医師名						印				
	フリガナ					DB .	<u>+</u> . որ. մ	7						
					⊧年	月日 明・	大・昭・刊	F		男	• 女			
	患者氏名				- '	,,,,	年	月 日	日(歳)					
		〒					TEL							
	住 所						1.55	(	)					
;	紹介目的													
	4H71 H3													
	主訴及び													
	傷病名													
	既 往 歴													
	及び													
	家 族 歴			薬物アレルギー										
] ;	症状経過													
	治療経過													
:	検査所見													
习	現在の処方													
	造影希望			一無		造影希望				有				
		:造影特記事項にチェックを				迎影布室 ※有の場合(	/+ <b>)生</b> 早/ルキョコ	車荷に4.						
					С				□ツンでも鼠□腹部(肝ィ	-	<b>5</b> 9			
		眼窩 □頚部 □胸部 □頚椎 □胸椎 □腰	──腹部 椎	þ		□頭部□□骨盤腔	」類部 □ □眼窩	」脚引 □ □副鼻服		一月)				
	MRCP	□VSRAD □その他	(	)	Т		□ 型 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□□□77-7	_					
M	[特記事項:	項:必ずチェックをお願いします]				□冠動脈炎								
_	①心臓ペー		□有	無		□その他(				)				
R	ピノエドリー		一一有	無		□骨シンラ				\				
	③脳動脈ク	<u>リッノ</u> ントチューブ		□無	$\rfloor$ R $\mid$	□その他(				)	+D LV			
'	(/  )		<del>  1</del>	<b>□</b> 4mm		W E 2 3 4		*!-~!!	7/4 DIVA					
				無		※骨シンチ。 必要です	以外のRI検							
	<ul><li>4 脳至ンヤ</li><li>5手術歴※</li><li>6 体内金属</li></ul>	有の場合(		<ul><li>□無</li><li>□無</li></ul>	  - 	必要です	以外のRI検	查患者情報	ては、別途原 服送付書を係					
	⑤手術歷※	有の場合( ※有の場合(	)□有	□無		必要です。 <u>送信</u> をお	以外のRI検 ので、 <u>RI</u> 検	査患者情報  -						
	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で	有の場合( ※有の場合(	) □有	□無	<u></u> 독	必要です。 <u>送信</u> をお □腹部 □ □その他(	以外のRI検 ので、 <u>RI検</u> 願いします □ <b>心</b> □甲	査患者情報  -	級送付書を係					
	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行	有の場合( ※有の場合( 流 安静(約1時間)	) □有 ) □有 □有 □可 □可	<ul><li>無</li><li>無</li><li>無</li><li>不可</li><li>不可</li></ul>	- - -	必要です。 送信をお □腹部 □ □その他( □胃内視針	以外のRI検 ので、 <u>RI検</u> 願いします □ <b>心</b> □甲 意	査患者情報  -	級送付書を係	#せてI )	FAX			
	5手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ	有の場合( ※有の場合( 流 安静(約1時間) デー歴	) □有 ) □有 □有 □可 □可 □有	□無 □無 □無 □不可 □不可	<u> </u>	必要です。 送信をお □腹部 □その他( □胃内視針 ・ブスコ/	以外のRI検 ので、 <u>RI検</u> 願いします □心 □甲 意	査患者情報  -	級送付書を係	#せてI ) 可 [	FAX 一不可			
	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の関	有の場合( ※有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 既往	□有   □有   □有   □可   □可   □有   □有	□無 □無 □無 □不可 □不可 □無	エコー	必要です。 送信をお □腹部 □ □その他( □胃内視録 ・ブスコ/ ・グルカコ	以外のRI検 ので、RI検 願いします □心 □甲 意 パン使用 ゴン使用	査患者情報  -	級送付書を係	#せてI ) ]可 [ ]可 [	-AX □ 不可 □ 不可			
**	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の関 3)造影の関	有の場合( ※有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 死往	□有   □有   □有   □可   □有   □有   □有	□無 □無 □不可 □不可 □無 □無	エコー胃内	必要です。 送信をお □ 腹部 □ その他( □ 胃内視録・ブスコ/ ・グルカニ・抗血栓薬	以外のRI検 ので、RI検 願いします 』心 □甲 意 パン使用 ゴン使用 薬の使用	査患者情報  -	級送付書を係	#せてI ) 可 [	FAX 一不可			
造	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の関	有の場合( ※有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 既往 別作用	□有   □有   □有   □可   □可   □有   □有	□無 □無 □無 □不可 □不可 □無	エコー 胃内視	必要でする 送信をお 一腹部 一その他( 一胃内視針 ・ブスコ/ ・グルカコ ・抗血栓薬 ※有の場合	以外のRI検 ので、RI検 願いします 』心 □甲 意 パン使用 ゴン使用 薬の使用	·查患者情報 可状腺 [	級送付書を係	#せてI ) ]可 [ ]可 [	-AX □ 不可 □ 不可			
造影特	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の思 3)造影の配 4)心疾患即 5)気管支も	有の場合( ※有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 既往 別作用	□   有   □   有   □   可   □   可   □   百   □   □   百   □   □   □   □	無	エコー胃内	必要でする 送信をお 一腹部 一その他( 一胃内視針 ・ブスコ/ ・グルカコ ・抗血栓薬 ※有の場合	以外のRI検 ので、RI検 願いします ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	·查患者情報 可状腺 [	級送付書を係	#せてI ) ]可 [ ]可 [	-AX □ 不可 □ 不可			
造影特記	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の思 3)造影の思 4)心疾患思 5)気管支む ※有の場合に 6)腎機能障	有の場合( ※有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 死往 別作用 死往 ずんそく は原則造影はできません 管害	↑	無	エコー 胃内視	<ul><li>必要でする</li><li>送信をお</li><li>腹部</li><li>同子の他(</li><li>・ブルルカー・抗血の場</li><li>・が加血を</li><li>・感染症</li><li>※陽性の場</li></ul>	以外のRI検ので、RI検 ので、RI検 頭いします 意ペンで使用 意(薬剤期間 (体薬期間 合はチェッ	査患者情報 日本	■ 発展 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	#せてI ) ]可 [ ]可 [	-AX □ 不可 □ 不可			
造影特	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の思 3)造影の思 4)心疾患思 5)気管支も ※有の場合に 6)腎機能降 ※予約後[検	有の場合( ※有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 死往 別作用 死往 ぜんそく は原則造影はできません	□   有   □   百   □   □   百   □   百	無		必要でする ※信をお ※信をお ※信をの他( ○胃内視録・ブルルコン・抗血栓薬 ※有の場合 ・感染症 ※陽性の場	以外のRI検ので、RI検 ので、DI検 順いします 意ペンと使用 意ペンと使用 (薬剤期 (体薬・薬 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	査患者情報 対象 「 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	■ 発展 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	#せてI ) ]可 [ ]可 [	-AX □ 不可 □ 不可			
造影特記事	⑤手術歴※ ⑥体内金属 ⑦閉所恐怖 ⑧仰臥位で ⑨歩行 1)アレルキ 2)造影の思 3)造影の思 4)心疾患思 5)気管支む ※有の場合に 6)腎機能降 (BUN・クロ	有の場合( ※有の場合( 症 安静(約1時間) デー歴 死往 別作用 死往 ぎんそく は原則造影はできません 章害 (査報告書」を送信致します。31	□   有   □   百   □   □   百   □   百	無	エコー 胃内視	必要でする ※信をお ※信をお ※信をの他( ○胃内視録・ブルルコン・抗血栓薬 ※有の場合 ・感染症 ※陽性の場	以外のRI検 ので、RI検 で、し し し し し し し し し し し し し し し し し し し	査患者情報 対象 「 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	■ 発展 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	#せてI ) ]可 [ ]可 [	-AX □ 不可 □ 不可			

## 診療情報提供書

			令和	年	月		日			
紹介先医療機関名	医疗	療機関名	3							
長崎県島原病院	所	在均	Ъ							
科 御中			_							
	TE	L		FAX						
			科 医師名	<u> </u>			印			
フリガナ			明・大・昭・ュ	<u> </u>						
中北氏石	生生	<b>手月日</b>		-		男・	・女			
患者氏名			年	月 日(	歳)					
, =			TEL							
住 所 .				(	)					
紹介目的										
主訴及び										
傷病名										
既往歴										
及び		薬物アレルギー								
家族歷			楽物グリ	ンルキー						
症状経過 虚状経過										
治療経過										
検査所見										
現在の処方										
造影希望□有□	無	造影	<b>类</b> 词			右「				
			m <del>主</del> )場合は造影特記	車商にチェック						
□頭部 □眼窩 □頚部 □胸部 □腹部	* <sup>9</sup> C	1			アダカ殿 部(肝~		* 9			
│ │□気印 □収高 □現印 □№日 □返印 □ □収日 □日曜日 □日曜日 □日曜日 □日曜日 □日曜日 □日曜日 □日曜			卯 □垻卯 □ 盤腔 □眼窩	」啊♀ □阪 □副鼻腔	רות) אם	月)				
□ MRCP □VSRAD □その他(	) Т			□腰椎						
M [特記事項:必ずチェックをお願いします]		1	動脈造影CT							
①心臓ペースメーカー □有 [	□無		の他(			)				
R ②人工内耳 □有 □	無		シンチ							
③脳動脈クリップ  □有 □	<u>無</u> F	1	の他(			)				
I       ④脳室シャントチューブ       □有       □無         ⑤手術歴※有の場合(       )       □有       □無		1	√ンチ以外のRI検 ₹ですので、RI検							
⑥体内金属※有の場合( ) □有 □	<u>□無</u> □無	1	をお願いします		1 E C N	2 (1				
<b>○閉所恐怖症</b> □有 [			_		 腺					
⑧仰臥位で安静(約1時間) □可 [	□無 □ □ 不可 T	]				)				
⑨歩行 □可 □	不可		<b>内視鏡</b>							
1)アレルギー歴 □有 □	□無		スコパン使用			可 [	不可			
2)造影の既往 □有 [			ルカゴン使用			可 [	不可			
	無	·								
3)造影の副作用	無人	, ・抗ロ	血栓薬の使用			有[				
3 4 )心疾患既往 □有 □	無大	・抗』 ※有 <i>0</i>	血栓薬の使用 D場合(薬剤名:							
※ 造 4)心疾患既往 □有 □ 5)気管支ぜんそく □有 □	無が	・抗I ※有の	血栓薬の使用 )場合(薬剤名: (休薬期間	:						
※ 造 3)気管支ぜんそく 特 ※有の場合は原則造影はできません 記 6)腎機能障害 □有	無大	·抗[ ※有 <i>0</i> 記	加栓薬の使用 )場合(薬剤名: (休薬期間 染症							
<ul> <li>※ 造</li> <li>5)気管支ぜんそく</li> <li>特</li> <li>※有の場合は原則造影はできません</li> <li>6)腎機能障害</li> <li>※予約後「検査報告書」を送信致します。3か月以内のデ</li> </ul>	無力。	·抗[ ※有の 記 ·感》 ※陽性	血栓薬の使用 )場合(薬剤名: (休薬期間	ックして下さい						
※ 造 5)気管支ぜんそく 特 ※有の場合は原則造影はできません 6)腎機能障害 □有 □	無力。	·抗[ ※有の : 感。 : 感。	加栓薬の使用 )場合(薬剤名: (休薬期間 杂症 性の場合はチェ	ックして下さい ICV抗体						