

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

所在地

科 御中

TEL

FAX

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL	()	

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
地域医療連携室

TEL : 0957-63-1145
FAX : 0957-63-6544

【検査項目】

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

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

所在地

科 御中

TEL

FAX

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL	()	
紹介目的				
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 現在の処方				

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

所在地

科 御中

TEL

FAX

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL	()	
紹介目的				
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 現在の処方				

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