

検査予約申込票兼診療情報提供書

【共同利用】

(紹介元医療機関・中和病院控え)

社会福祉法人 恩賜財団

济生会中和病院

検査担当医 宛

予約受付日

年 月 日

検査予約日時	年 月 日 曜日	午前・午後	時 分
--------	----------	-------	-----

患者さん情報

フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
ご氏名			
〒	-	電話	- -
ご住所	郡・市	町・村	

紹介元医療機関

貴医療機関名	電話
ご紹介医師名	⑩ FAX

予約検査 検査項目 (○で囲んでください)

CT・MRI	単純・造影 [部位] : 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・その他 ()	MRCP (検査5時間前、絶飲食)
R I	骨・ガリウム (その他 :)	【放射線科受付にて予約をお願いします。】
エコー検査	腹部・甲状腺・頸動脈・その他 () *経胸壁心エコー (成人) *「小児」は、診察が必要な為、地域連携室での診察予約となります。	
内視鏡	★上部消化管・★下部消化管	【病理組織検査を実施された方の結果は、14日前後にご報告させていただきます。】
造影検査	★注腸・★胃透視・DIC (DIC-CT)・DIP	★がん精査の場合 <input checked="" type="checkbox"/>
その他	骨密度・その他 ()	
生理機能検査	トレッドミル・肺機能1・肺機能2・肺機能4・◆脳波「小児脳波」は、小児科外来で診察させていただきます。	
画像配布方法	フィルム・CD-R・不要 ⇒ 持ち帰り 有・無	【 所見のみ 】

*必須

診療情報提供書

診療情報欄	傷病名及び主訴
	紹介目的及び治療経過・現在の処方 (*診察・入院を目的とする場合は所定の診療情報提供書が) ・市町村がん精検目的の場合、『○』で囲んで下さい 胃がん・大腸がん

内視鏡検査に必要な検査結果等	感染症	HBs ()・HCV ()・ワッ氏 ()
	服薬	抗凝固作用・血小板作用 薬品名 ()

検査予約申込票兼診療情報提供書

【共同利用】 (患者様控え)

社会福祉法人 恩賜財団

済生会中和病院

検査担当医 宛

予約受付日	年	月	日
-------	---	---	---

検査予約日時	年	月	日	曜日	午前	・午後	時	分
--------	---	---	---	----	----	-----	---	---

患者さん情報

フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日 (歳)
ご氏名						
ご住所	〒	-	電話	-	-	
		郡・市		町・村		

紹介元医療機関

貴医療機関名		電話	
ご紹介医師名	(印)	FAX	

予約検査 検査項目 (○で囲んでください)

CT・MRI	単純 ・ 造影 [部位] : 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 四肢 ・ その他 ()	MRCP (検査5時間前、絶飲食)
RI	骨 ・ ガリウム (その他 :)	【放射線科受付にて予約をお願いします。】
エコー検査	腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈 ・ その他 () *経胸壁心エコー (成人) *「小児」は、診察が必要な為、地域連携室での診察予約となります。	
内視鏡	★上部消化管 ・ ★下部消化管	【病理組織検査を実施された方の結果は、14日前後にご報告させていただきます。】
造影検査	★注腸 ・ ★胃透視 ・ DIC (DIC-CT) ・ DIP	★がん精査の場合☑
その他	骨密度 ・ その他 ()	
生理機能検査	トレッドミル ・ 肺機能 1 ・ 肺機能 2 ・ 肺機能 4 ・ ◆脳波 <small>※小児脳波</small> は、小児科外来で診察させていただきます。	
画像配布方法	フィルム ・ CD-R ・ 不要 ⇒ 持ち帰り 有 ・ 無	【 所見のみ 】

患者さんへ

初診受付窓口へお越し下さい。

検査当日にご持参いただくもの

- ① 診療情報提供書
- ② 保険証
- ③ 済生会中和病院の診察カード
- ④ 各種、検査用紙 (問診表・承諾書⇒署名・捺印をお願い致します。)

< 各種、検査用紙等について裏面をご確認下さい。 >

●かかりつけ医の先生からの説明により、ご理解頂いた上、署名・捺印をお願いいたします。また各種、検査用紙の注意事項をお読み下さい。

<検査名>	“検査用紙”
MRI	MRI 検査通知書 *MRCP・膵臓検査の方は検査時間の5時間前より絶飲食して下さい。
CT（心臓CT以外）	CT 検査通知書
心臓CT	心臓CT 検査を受けられる皆様へ
注腸・胃透視検査	放射線検査通知書
DIC（DIC-CT）・DIP検査	
上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査	上部消化管内視鏡検査
下部消化管内視鏡検査	<p>大腸検査前の食事のポイント</p> <p>*前投薬を受けられる方は、検査日2週間前までに、<u>平日午後12:00~12:30</u>の間に保険証を持参にて初診受付へお越し下さい。</p> <p>ポリープ切除が必要と認められた方は、入院（1泊）となります。お箸・コップ・スリッパ・パジャマ・下着・洗面道具をご持参ください。</p>

※ 予約日に来院出来なくなった時は、必ずかかりつけ医へご連絡下さい。