

# 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・済生会中和病院控え)

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	⑩	FAX	

## 予約検査 検査項目 (○で囲んでください)

CT	単純・造影 (ビグアイド系糖尿病薬服用：有・無 BUN/Cr / )	MRCP
MR I	[部位] : 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・その他 ( )	<small>(検査5時間前より絶食 検査2時間前より絶飲)</small>
R I	骨・脳血流シンチ (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・その他 ( )	
	経胸壁心エコー (成人) <b>注) 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。</b>	
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	
その他		
生理機能検査	脳波 <b>注) 小児脳波は、小児科外来で診察いたします。</b>	
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必要です)	
	・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	抗凝固剤、抗血小板剤の有無 (有・無) 薬剤名 ( ) 中止の可否 (可 : 日前から・不可)

済生会中和病院

中央予約センター

電話 : 0120-548-915 (直通)

# 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	⑩	FAX	

## 予約検査 検査項目 (○で囲んでください)

CT	単純・造影 (ビグアイド系糖尿病薬服用：有・無 BUN/Cr / )	MRCP
MR I	[部位] : 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・その他 ( )	<small>(検査5時間前より絶食 検査2時間前より絶飲)</small>
R I	骨・脳血流シンチ (その他 : )	<small>【放射線科受付にて予約をお願いします。】</small>
エコー検査	腹部・甲状腺・その他 ( )	
	経胸壁心エコー (成人) <small>注) 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。</small>	
内視鏡	上部消化管・下部消化管	<small>【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。】</small>
造影検査	注腸・胃透視	
その他		
生理機能検査	脳波 <small>注) 小児脳波は、小児科外来で診察いたします。</small>	
画像配布方法	フィルム・CD-R・不要 ⇒ 持ち帰り 有・無	<small>【 所見のみ 】</small>

## 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 マイナンバーカード (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。)
- ⑤ お薬手帳 (飲んでおられる薬の名前がわかるもの)

＜ 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時間前より絶食、検査時間の2時間前より絶飲して下さい。
CT	CT 検査通知書
注腸・胃透視検査	放射線検査通知書
★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	大腸検査前の食事のポイント *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。

★【鎮静剤の使用を希望される場合】

鎮静剤の効果は人によっても異なりますが、半日くらい眠気やふらつき感が続くことがありますので、検査当日は絶対に車、バイク、自転車の運転をしないで下さい。ご高齢の方はご家族が付き添って下さるようお願い致します。

※ 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。