**【聖隷淡路病院　検査申込用紙】〈診療情報提供書〉**

**申込日　　　年　　月　　日**

**検査希望日　第1希望　　月　　日　　第２希望　　　月　　日** [ ]  **いつでも可**

**様**

**フリガナ**

**患者氏名**[ ] **男性**[ ] **女性**

**生年月日：**[ ] **H** [ ] **S** [ ] **T 　　　年　　　月　 　日**

**住所：**

**電話：　　　　　－　　　　－**

**聖隷淡路病院受診歴　☐有・**[ ] **無・☐不明**

**〔検査理由〕**

* **放射線検査**

　　CT： [ ] 頭部　[ ] 頚部　[ ] 胸部　[ ] 腹部　[ ] 椎体　[ ] 骨盤　[ ] 四肢（部位：　　　　　　　）

　　　　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　）

　　MRI：　[ ] 頭部　[ ] 頚部　[ ] 胸部　[ ] 腹部（肝胆膵）　[ ]  MRCP　　[ ] 骨盤

　[ ] 椎体（[ ] 頚椎・[ ] 胸椎・[ ] 腰椎）　[ ] 四肢・関節（部位：　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　MRA [ ] 要・[ ] 不要

　　透視：　[ ] 胃透視　　[ ] 注腸透視　　[ ] 小腸透視

　　その他：[ ] マンモグラフィー　　 [ ] 骨密度　　[ ] その他（　　　　 　　　　　）

* **生理検査**

超音波：　[ ] 腹部　[ ] 心臓　[ ] 頚部　[ ] 甲状腺　[ ] 下肢静脈　[ ] 乳房　[ ] 体表

その他：　[ ] ホルター心電図　[ ] 24時間自由行動下血圧測定　[ ] 呼吸機能　[ ] 血圧脈波

　　　　　[ ] 簡易睡眠ポリグラフィー（１泊入院が必要）

　　[ ] 眼底検査　　[ ]  脳波　　[ ] 　（　　　　　　　　　　 　　　　　）

* **内視鏡検査（月曜日から金曜日）**

　　　　　[ ] 胃カメラ　　[ ] 大腸ファイバー　　[ ] ERCP

**〔備考〕**

　　　特記すべき投薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　抗血栓薬の中止 [ ] 可　[ ] 不可

　　　その他備考　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**紹介元；**[ ] **医院・**[ ] **病院　医師氏名**

**（TEL　　　　-　　　-　　　　　　FAX　　　-　　　-　　　　　）**

**聖隷淡路病院　FAX　０１２０-９４７-４８９**