**【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**