

国立病院機構滋賀病院 放射線画像診断・治療

内視鏡検査依頼申込書 (FAX送信票)

地域医療連携室担当者宛 (FAX0748-22-5626・TEL0748-22-3358)

<input type="checkbox"/> 内視鏡検査	貴院名 住 所 T E L F A X 診療科 御担当医
<input type="checkbox"/> 放射線検査	
<input type="checkbox"/> 放射線治療	

【患者様事項】

フリガナ			性別	
患者様氏名			男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者様連絡用Tel (- -)	
住 所	(〒 -)			
検査希望日	無・有 → 第1希望 月 日() / 第2希望 月 日()			
【安全に検査を行うためにご記入下さい】				
女性患者様	<input type="checkbox"/> 妊娠なし	<input type="checkbox"/> 妊娠中でも検査必要	<input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 不明	
造影剤使用検査	*アレルギー 有()・無 *喘息 有()・無			
依 頼 検 査 項 目	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管		
	<input type="checkbox"/> MRI	検査依頼部位をいずれか一箇所に○で囲む、あるいはチェック下さい		
		頭 部	脳・下垂体・副鼻腔・脳MRA・その他()	
	<input type="checkbox"/> CT	頸 部	頸部・頸部MRA・その他()	
		胸 部	胸部・その他()	
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	腹 部	肝胆膵・MRCP・その他()	
		脊 椎	頸椎・胸椎・腰椎・その他()	
	<input type="checkbox"/> 単 <input type="checkbox"/> 造影	骨 盤	子宮卵巣・膀胱前立腺・股関節・その他()	
		上 肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他()	
	R I (核医学)	下 肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 大腿・膝関節・下腿・足関節・足・その他()	
骨シンチ・ガリウムシンチ・負荷心筋シンチ (Tetrofosmin) ・安静心筋シンチ (BMIPP) ・脳血流シンチ ・その他 ()				
一般撮影	乳房撮影・胸部撮影・その他()			
放射線治療	部位 ()			
連絡事項等	*MRI予約には、ペースメーカー装着(検査不可)、人工心臓弁、人工骨頭等の安全確認及び入れ墨部位での本人了解をお願いいたします。 *造影剤使用のCT・MRI予約依頼時は、アレルギー・喘息等の有無の確認をお願いいたします。			