

診察・検査申込書

年 月 日

ベルランド総合病院 地域医療連携室 行

受付時間 平日9:00~20:00 土曜日 9:00~17:00

電話 0120-13-9215(直通)

●紹介元医療機関

名称:  
住所:  
電話:  
FAX:

<b>送迎希望</b>	ADL: 自立・車イス(持ち込み 有・無)
<b>有・無</b>	同乗者: 有 ( 名 ) ・ 無

◆受診科 \_\_\_\_\_ ◆希望医師名 \_\_\_\_\_ (希望がある場合のみ)

◆受診・検査目的 ※事前に診療情報提供書をFAXにて送信頂きますようお願い致します。

フリガナ		性別	生年月日
名前	(旧姓: ) 受診歴 有・無	男・女	年 月 日( 才)
住所		電話番号	

◆依頼検査(下記の欄の□内にレ点をご記入ください。)

●放射線科  
☆ペースメーカー埋め込み ( 有 ・ 無 )  
※造影検査の際は必ずご記入ください。  
クレアチニン値(3ヵ月以内)  
( 値 ml/dl,採血日 / )  
ビッグアナイト系糖尿病治療薬 ( 有 ・ 無 )

希望日	① / ( )	② / ( )	③ / ( )
-----	---------	---------	---------

●内視鏡 胃内視鏡(麻酔 有 無)  
\*大腸内視鏡検査の予約は、診察が必要です。

●臨床検査科

CT検査 (単純・※造影) (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 冠動脈3D <input type="checkbox"/> 他CT ( ) <input type="checkbox"/> 歯科インプラント(業者名 )
MRI検査 (単純・※造影) (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 脳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 小脳橋角部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 肺・縦隔 <input type="checkbox"/> 肝胆脾 <input type="checkbox"/> 肝ゲイミック <input type="checkbox"/> 腎副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 骨盤腔
透視検査	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 他MRI ( ) <input type="checkbox"/> 他MRA ( )
RI検査	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸(下剤処方 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 紹介元) <input type="checkbox"/> 骨シンチ(体重 Kg) <input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ(運動・薬物) <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(安静) <input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> 他シンチ ( )

超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 上肢 超音波血流検査 <input type="checkbox"/> 下肢(A動脈 / V静脈)
心機能検査	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> エルゴメーター <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図
呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> 簡易 (肺気量分画・F0-ホリム) <input type="checkbox"/> 精密 (肺気量分画・F0-ホリム・ク-ジックホリム・FRC・残気量・肺拡散能)
誘発電位検査	<input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> VEP <input type="checkbox"/> SEP/SSEP ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)
神経伝導検査	<input type="checkbox"/> MCV/SCV ( <input type="checkbox"/> 正中神経 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)
筋電図検査	<input type="checkbox"/> 針筋電図(部位 )
脳波検査	<input type="checkbox"/> 脳波
骨密度検査	<input type="checkbox"/> 骨密度測定(腰・大腿)