

診療情報提供書（検査予約票）

医療法人仁心会宇治川病院宛

受診者情報		申込日	年	月	日
フリガナ		紹介元医療機関			
氏名	様 男・女	診療科			
M・T・S・H	年 月 日生 才	主治医			
受診者住所（〒 - ）		電話（ ）	-		
電話番号（日中連絡のつくところ）（ ）		-			
臨床診断名		検査目的 スクリーニング			
現病歴（症状）		手術歴			
		患者状態			
		アレルギー：無・有（ ）			
		感染症：無・有（ ）			
		妊娠：無(最終月経)・有			
現在の処方					
検査項目【 で囲んで下さい】					
CT（単純・造影）(部位)					
造影の場合は『造影CT問診表及び同意書』も併せてご記入願います。					
MRI（単純・造影）(部位)					
造影の場合は『造影MRI問診表及び同意書』も併せてご記入願います。					
超音波（部位：上腹部・下腹部・心臓・頸動脈・他)					
心臓エコーの場合は胸部 X-P・心電図があれば貸出をお願いします。					
上部消化管内視鏡検査		同意書も併せてご記入願います。			
下部消化管内視鏡検査		抗コリン剤使用にあたり・・・心疾患（有・無）			
		前立腺疾患（有・無）			
		緑内障（有・無）			
		透視フィルムがあれば貸出をお願いします。			
貸出資料 ・・・X線フィルム（ 枚）・検査結果（ ）・その他（ ）					

各書類が無くなればFAXにて送付いたしますのでお知らせ下さい。0774-20-7792(FAX:7790)