

検査依頼書

紹介元医療機関名

先生

<患者情報>

ふりがな		男 女	生年月日
氏名			M T S H R 年 月 日
住所	TEL ()		
検査希望日時	令和 年 月 日 AM・PM :		
検査の種類	CT MRI RI MMG 超音波(心臓 頸動脈 腹部) 骨密度 (腰椎・股関節 手首) その他()		
	撮影部位		
	検査依頼目的		
	具体的な指示		
	読影 無() 有()		
	造影 無() 有()		
	使用造影剤名()		
	ビグアナイド系糖尿病薬服用 無() 有() 有りの場合 ①薬剤名() ②休薬可能か 可能() 不可能() ※ 休薬の指示・説明は依頼元医療機関でお願い致します		
	ビグアナイド系 以外の糖尿病薬 (休薬の指示・説明は依頼元医療機関でお願い致します) (薬剤名)		
	アレルギー 無() 有()→詳細記入 () 不明 ()		
体内金属 無() 有()→MRI検査は問診及び同意書(別紙)に記入			

令和1年5月改訂

【通信欄】 注意事項等を記載ください

JA秋田厚生連 雄勝中央病院 医療連携室
〒012-0055 秋田県湯沢市山田勇ヶ岡25
TEL 0183-73-5000(代表)内線6390
医療連携室専用FAX 0183-73-7005