

千船病院 オープン検査指示票

検査日時：西暦 年 月 日 時 分

フリガナ					ID							
氏名	男・女		生年月日	西暦	年	月	日	歳				
紹介元医療機関名					紹介元医師名							

・ご依頼の検査にレ印と記入をお願い致します。また、各検査別の指示と検査目的の記入をお願い致します。

《患者情報》

【感染症】 HBs(- ・ + ・ 未) HCV(- ・ + ・ 未) Wa-R(- ・ + ・ 未) その他(【妊娠】 無 有
 【前立腺肥大】 無 有 【緑内障】 無 有 【心疾患】 無 有 【抗凝固剤使用】 無 有
 【ペースメーカー】 無 有 ※ペースメーカーを埋め込んでいる方は、ペースメーカー手帳を持参して下さい。

検	MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
		[頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部(上/下) ・ 膝(右/左) ・ その他()] 検査禁忌項目の有無(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・閉所恐怖症・体内金属物) 造影禁忌項目の有無(気管支喘息・腎機能障害・その他())
査	CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
		[頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 冠動脈CT ・ 腹部(上/下/全域) ・ その他()] 《ヨード造影剤問診》造影検査の場合のみ以下をご記入ください。 検査禁忌項目の有無(ヨード造影剤過敏症・気管支喘息・腎機能障害・その他()) ※ビグアナイド系糖尿病薬を服用の方は、乳酸アシドーシス予防のため検査の前後2日間(計4日間)の中止が必要です。
項	内視鏡	上部消化管 施行方法: <input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 セーション: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
		大腸 【※1 大腸内視鏡検査の場合、前投薬があります。】 セーション: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
目	消化管透視	(胃透視 ・ 注腸透視) 【※1 注腸透視の場合、前投薬があります。】
	骨密度測定	測定部位(腰椎 ・ 腰椎と前腕骨 ・ 腰椎と大腿骨 ・ 前腕骨と腰椎と大腿骨)
核医学検査	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ(^{99m} TcO ₄ ⁻ ・ ²⁰¹ Tl ・ ¹²³ I) <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ	
	<input type="checkbox"/> ガリウム(⁶⁷ Ga)シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 心筋シンチ <input type="checkbox"/> その他() 【※ガリウムシンチの場合、前投薬があります。】	
超音波	心エコー ・ 腹部エコー(部位:) ・ 甲状腺エコー ・ その他()	
脳波検査	※検査データのみの対応となります。	
ホルター心電図		

<検査希望日・検査目的・特別指示および臨床診断・他検査等の所見等>

※画像出力(CD-R希望 ・ フィルム希望)

※1 前投薬について、前々日までに前投薬を取りに来ていただきますようご案内お願い致します。

※患者さまへの検査のご説明と結果説明をお願い致します。

※検査日当日は保険証とこの用紙をご持参の上、千船病院1階 紹介窓口にご来院いただきますようご説明お願い致します。

千船病院 地域医療科 TEL 06-6473-9765(直通)・06-6471-9541(代表) / FAX 06-6474-0161(直通)