

# 診療情報提供書（上部内視鏡 / CT 検査依頼書）

記入年月日：          年          月          日

フリガナ  
 (患者氏名) \_\_\_\_\_ 男 ・ 女  
 (生年月日) \_\_\_\_\_ 年          月          日  
 (電話番号) \_\_\_\_\_

医療機関名  
 住所  
 TEL  
 FAX  
 医師名

希望予約日：          月          日

<b>内視鏡</b>	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査： 胃（火・木・金）	<b>抗凝固剤</b> <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり（          ）
	検査目的・主訴：	
	既往：	
<b>CT検査</b>	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影（月・水・金）	
	検査目的・主訴：	
	検査部位（1部位を○で囲んでください）	
	頭部      副鼻腔      上顎      下顎 頸部      胸部      胸部～骨盤 上腹部（肝～腎）      全腹部（肝～骨盤） その他（          ）	
	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	画像返信方法	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム（※要費用）
	返却方法	<input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 患者持ち帰り

**[検査予約の流れ]**

- ・検査依頼書にご記入いただき 下記FAX番号へ送信ください。FAX受診後に当院より速やかにご連絡させていただきます。
- ・検査予約日が決定しましたら検査予約連絡票等をFAX送信いたします。
- ・FAXの内容をご確認いただき患者さんへお渡しください。
- ・造影CT検査につきましては「造影検査を受けられる患者様へ」に沿ってご説明いただき問診票に **クレアチニン量 / eGFR値** をご記入のうえ患者さんへお渡しください。
- ・事前に問診票・同意書ご記入のうえ当日ご持参いただくようご案内ください。

お問合せ先： 患者支援センター直通TEL 047-411-7438（月～金 8:30～17:30）

**FAX：047-473-1286（検査予約専用）**