

診療情報提供書(検査用)

年 月 日

〒663-8211 西宮市今津山中町1-1-1

紹介元医療機関

西宮協立脳神経外科病院

名称・所在地

地域医療課 行

医師名

印

当院受診歴 (有・無・不明)

TEL

FAX

フリガナ

患者氏名 男・女 T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

住 所 TEL ()

保 険 社保・生保・国保・交通事故・労災・その他 ()

病名:

主訴:

症状:

1. 【マルチCT】 部位：頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤腔・その他 () 造影剤 (要・不要) フィルム (要・不要) 又は CD-R (要・不要) * 通常は平断層になります。矢状断層・冠状断層をご希望の場合、ご指示ください。 * 造影剤使用の場合、別紙問診票の記載と紹介元医師のサインをお願いします。
2. 【MRI】 部位：頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤腔・頸椎・胸椎・腰椎・その他 () 造影剤 (要・不要) フィルム (要・不要) 又は CD-R (要・不要) * 造影剤使用の場合、別紙問診票の記載と紹介元医師のサインをお願いします。
3. 【超音波検査】 部位：腹部・心臓・頸部血管・その他 ()
4. 【内視鏡検査】 胃カメラ (セデーション 要・不要) 経鼻カメラ (経鼻から・経口から) 大腸ファイバー ※大腸ファイバーの場合、前投薬あり 抗凝固、抗血小板薬 無・有 () 緑内障 無・有 アレルギー 無・有 ()
5. 【造影検査】 部位：食道・胃十二指腸・大腸 (大腸の場合、前投薬あり)
6. 【骨塩定量 (骨密度測定) 検査】
7. 【ホルター心電図 (24時間心電図) 検査】
8. 【脳波検査】

検査希望日	1. いつでもよい 2. 第一希望 月 日 (AM・PM) 3. 第二希望 月 日 (AM・PM)
-------	---

受付時間 平日 午前9時～午後5時 土曜日 午前9時～午後0:30

上記以外は、翌日又は休日明けにご返事させていただきます。