

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。