

検査予約申込票 兼 診療情報提供書

〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1
 社会医療法人 熊谷総合病院 検査担当医 宛

申込日 年 月 日

貴医療機関名	電話	担当者
ご紹介医師名	FAX	

下記の患者様を紹介します。

	連絡先		
フリガナ	生年 月日	大・昭・平・令・西暦	性別 男・女
患者氏名		年 月 日	

検査項目 ○で囲んでください

□ CT □ MRI	単純 部位：頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 ()
	造影 部位：頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 ()
MRI	VSRAD MRCP Primovist
RI	骨 レノグラム 脳血流 ダツスキャン 心筋交感神経 ()
造影検査	心臓冠動脈CTA ()
その他	骨塩定量測定(DEXA法) ()
エコー検査	甲状腺 心臓 下肢静脈 下肢動脈 腹部
生理機能検査	ホルター心電図 トレッドミル 脳波(覚醒・睡眠賦活)
内視鏡検査	上部内視鏡(□経口 ・ □経鼻) 休診日を除く月～土 ※ハイリスクの方は、 消化器内科外来をご紹介ください。
	下部内視鏡 休診日を除く月・火・水・木・金
	超音波内視鏡 木・土 ※直近で腹部CT又はMRI施行なければ同日画像検査を施行

検査第1希望日	月	日 ()	AM・PM
検査第2希望日	月	日 ()	AM・PM

保険情報 □交通事故 □労災 (交通事故・労災の場合は☑を)

↑↑↑↑↑お申込みの際は、上記項目のみでも予約可能です↑↑↑↑↑

診療情報提供書

傷病名及び主訴	□ 別紙 紹介状添付参照		
検査目的 症状経過 検査上の留意点等	□ 別紙 紹介状添付参照		
(内視鏡検査のみ) 内視鏡検査に必要な事前確認事項	服薬	【糖尿病】 □無 □有(インシュリン・内服)	
		【抗血栓薬】 □無 □有(薬剤名:) 継続下で実施します	
	感染症※	HBs抗原() HCV抗体() 梅毒 RPR定性() TPHA定性()	
	病理結果説明	<input type="checkbox"/> 当院(ご紹介元医療機関)で説明 <input type="checkbox"/> 熊谷総合病院で説明 →検査後結果説明の外来診察を行います。	
補足	※感染症は、検査結果があればわかる範囲でご記入ください。 経鼻内視鏡を選択された場合、鼻腔状態や出血のリスクに応じて経口内視鏡に変更する場合がございます。		

TEL(地域医療連携室直通) 048-525-6779 または 代表電話 048-521-0065
 FAX 048-525-6769 熊谷総合病院 地域医療連携室宛