

診 察 ・ 検 査 申 込 書

< 紹介元医療機関情報 >

令和7年7月改訂

医療機関名	TEL
診療科名	医師名 FAX

< 診察依頼 >

診療科	・ 緩和ケア入棟登録又は症状緩和 (主科との同時紹介時のみ) をご希望の場合は緩和ケア科へ ・ 内視鏡検査をご希望の場合は消化器内科へ	
希望医師名	紹介依頼目的 (病名や症状)	画像データ (CD-R) □有 □無 枚
診察希望日	第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日	
<input type="checkbox"/> コロナ後遺症外来依頼 (希望日: 月 日) ※記入がない場合は一番早い日時でお取りします。 コロナ後遺症外来をご希望の場合は□に✓し、以下の中から主訴を1つ○で囲んでください。その他の症状は診療情報提供書にご記載ください。 疲労感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、咳、喀痰、息切れ、胸痛、脱毛、記憶障害、集中力低下、頭痛、抑うつ、嗅覚障害、味覚障害、動悸、下痢、腹痛、睡眠障害、筋力低下		

< 検査依頼 >

15歳未満の方・・・下線の検査は依頼可能です。RIは要相談のためご連絡ください。
 申し込む際は「20分間静止できる」か確認し、□に✓をお願いします。 □ 20分間静止できる

MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP	部位:
CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT (造影)	
MRI、CT	(セット) <input type="checkbox"/> 頭部MRI (VSRAD) +脳血流IMP <input type="checkbox"/> CT単純 (頭部) +脳血流IMP (必須) ICD、CRT-D、ペースメーカー植込み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、(MRIの場合必須) シャント <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (造影の場合必須) 3ヶ月以内の腎機能検査結果 (eGFR又はクレアチニン) を添付お願いします	
RI	<input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 線条体 <input type="checkbox"/> 心交感神経 (MIBG) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨 ※その他RI検査ご希望の場合は別紙「RI検査申込書」にてお申し込み下さい。 <input type="checkbox"/> FDG-PET (全身) <input type="checkbox"/> FDG-PET (心サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> FDG-PET (脳) <input type="checkbox"/> アミロイドPET <input type="checkbox"/> O-GasPET <input type="checkbox"/> PETその他 ()	
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿部 <input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿部	
超音波	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 下肢エコー	
心電図	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	
検査希望日	第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日	

< 患者基本情報 >

ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
住所 〒 -	連絡先 - -

受診日の対応をスムーズにするため以下の点にお答えください。

- ・ 本院診察券の有無
 有 (診察券番号) 無
- ・ 当日受診予定【複数選択可】
 本人受診 家族のみ受診 入院中受診 (貴院入院中の場合 ✓)
- ・ 保険情報
 健康保険 生保 自賠責 労災 その他 ()
- ・ 外国の患者さんの場合【複数選択可】
 日本語読み書きができる 受診時に通訳同伴有 左記該当なし又は不明