

検査依頼書

紹介元医療機関名

先生

<患者情報>

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	MTSH 年 月 日
住所	TEL ()		
検査希望日時	平成 年 月 日	AM・PM	:
検査の種類	CT MRI RI MMG 超音波(心臓 頸動脈 腹部)		
	骨密度 (腰椎・股関節 手首) その他()		
	撮影部位		
	検査依頼目的		
	具体的な指示		
	読影	無()	有()
	造影	無()	有()
	使用造影剤名()		
	ビグアナイド系糖尿病薬服用 無() 有()		
	有りの場合 ①薬剤名() ②休薬可能か 可能() 不可能() ※ 休薬の指示・説明は依頼元医療機関でお願い致します		
ビグアナイド系 以外の糖尿病薬 (休薬の指示・説明は依頼元医療機関でお願い致します) (薬剤名)			
アレルギー	無()	有()	→詳細記入 () 不明 ()
体内金属	無()	有()	→詳細記入 () 不明 ()

【通信欄】 注意事項等を記載ください

JA秋田厚生連 雄勝中央病院 医療連携室
 〒012-0055 秋田県湯沢市山田勇ヶ岡25
 TEL 0183-73-5000(代表)内線6390
 医療連携室専用FAX 0183-73-7005