**共同利用による検査申込書（紹介・診療情報提供書）** 　　　年　　月　　日

2024.8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依　頼　先** | | **依　頼　元** |
| **横浜市立大学附属**  **市民総合医療センター**  **地域連携担当（予約受付）**  〒２３２-００２４  横浜市南区浦舟町４-５７  ＴＥＬ　０４５-２５３-５７９７  ＦＡＸ　０４５-２５３-５７９６ | | 〒 　　　　　－  所在地　　　　　市    医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生  TEL  FAX |
| 患者さん | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　男　　・　　女  氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　様　 Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・R　　　年　 　月　　　日生（満　　　才） | |
| 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　（　　　　）  住所 | |
| **当院への受診歴**　　　　　　　　　　　（　有　・　無　）  **希望検査名**  **□** 単純ＣＴ検査　　　　　　　撮影部位（　　　　　　　　　　　　）　　　　**★必須**  **□** ＲＩ検査（全身骨）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**被ばくに関する説明同意**　　　　　　　　　　　　　　　**□** Ｘ線骨密度測定（ＤＸＡ法）撮影部位(右・左　大腿骨頚部　＋　腰正面)　　**(　有　・　無　)**  **□** 単純ＭＲ検査　　　　　　　撮影部位（　　　　　　　　　　　　）  **□** 心臓超音波検査　　　　　　（結果報告書　**□**サマリー　　**□**サマリー・写真　）  **□** ホルター心電図　　　　　　（結果報告書　**□**サマリー　　**□**全報告書（全波形））  **□** 腹部超音波検査　　　　　　検査目的（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）  **検査結果報告書**  ＣＴ、ＭＲ、ＲＩ、骨密度検査は、終了後直ちに患者さんに報告書をお渡しします。また、検査結果は基本的にDVD-Rでお渡しします。（DVD-Rの場合は３０分程、フィルムの場合は1時間程お待ちいただきます。）  心臓超音波検査とホルター心電図等は、検査後1週間程度で郵送いたします。  **検査希望日（ご希望日を複数ご記入ください。）**     |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 検査項目＼曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | ＣＴ |  |  |  | 15:30、15:40 |  | | ＭＲ |  |  |  | 15:30、15:50 |  | | ＲＩ |  |  |  | 14:50 |  | | 心臓超音波 | 14:15、14:45 |  |  |  | 14:15、14:45 | | ホルター心電図 |  | 14:00、14:30 | 14:00、14:30 |  |  | | 骨密度 | 13:30、14:00 |  | 13:30、14:00 | 13:30、14:00 | 13:30、14:00 | | 腹部エコー | AM/PM | AM/PM | AM/PM | AM/PM | AM/PM |   ◎ＲＩ検査は、「注射」から「検査」までの待ち時間がありますのでご注意ください。また、ＲＩ薬品は高価なため、日時の変更やキャンセルはご遠慮ください。  ◎ホルター心電図検査は、記録開始後24時間後に機器の取り外しに来院をお願いいたします。  **□**　大至急（日時を問わず、できるだけ早く） **□**　第１希望日　　　　　（　　月　　　日）  **□**　その他（　　　　　　　　　　　 ） **□**　第２希望日　　　　　（　　月　　　日）  **□**　第３希望日　　　　　（　　月　　　日） | | |
| **傷病名**  **必ずご記入願います** | | |
| **症状経過（現病歴）**※Ｘ線骨密度測定（ＤＸＡ法）の場合は特記事項があれば記載してください | | |
| **この「検査申込書（紹介・診療情報提供書）｣は、下記番号までＦＡＸしてください。**  **ＦＡＸ ０４５-２５３-５７９６　（受付時間　平日　９時～１７時）**  **横浜市立大学附属市民総合医療センター　地域連携担当（予約受付）　ＴＥＬ ０４５-２５３-５７９７** | | |