**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４-５７ＴＥＬ　０４５-２５３-５７９７ＦＡＸ　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** |