

共同利用による検査申込書(紹介・診療情報提供書)

年 月 日

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 _____ 横浜市 _____ _____ 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

<input type="checkbox"/> 単純CT検査	撮影部位 ()	★必須
<input type="checkbox"/> RI検査(全身骨)		被ばくに関する説明同意
<input type="checkbox"/> X線骨密度測定(DXA法)	撮影部位(右・左 大腿骨頸部 + 腰正面)	(有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> 単純MR検査	撮影部位 ()	
<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	(結果報告書 <input type="checkbox"/> サマリー <input type="checkbox"/> サマリー・写真)	
<input type="checkbox"/> ホルター心電図	(結果報告書 <input type="checkbox"/> サマリー <input type="checkbox"/> 全報告書(全波形))	

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、ホルター心電図は、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

◎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
 ※X線骨密度測定(DXA法)については、お電話でもご予約をお取りしています。