

検査紹介	かしま病院検査予約センター	TEL 76-0314	FAX 76-0352
診療紹介	かしま病院地域医療連携課	TEL 76-0350	

診療・検査 申込書

申込日： 年 月 日		受診日時： 年 月 日 時 分		
患者様情報	フリガナ	性別	男 ・ 女	
	様	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 歳	
	〒	TEL	- -	
	保険者番号	公費	負担者番号	
	記号・番号		受給者番号	
	資格取得年月日		年 月 日	資格取得年月日
	被保険者名		年 月 日	有効期限
一部負担金割合	1割・2割・3割		年 月 日	
症状				
紹介元医療機関の名称及び連絡先				
診療紹介	<p>●診療科：総合診療科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・腎臓内科・外科 乳腺外科・整形外科・婦人科・皮膚科・めまい外来・痛み外来・糖尿病内科・肝臓内科・泌尿器科・神経内科・PSG 外来</p> <p>●希望担当医：なし・あり（ 医師）</p> <p>●入院の場合：個室希望 あり・なし</p>			
検査紹介	●CT 種別	造影有り・造影無し・CTA（血管造影）・DIC-CT（胆道・胆嚢造影）		
	部位	頭・頸・胸・上腹・下腹・頸椎・胸椎・腰椎・肩関節・肘関節・手関節・股関節・膝関節・足関節・上肢・下肢・心臓・大動脈・仮想内視鏡・胆道・胆嚢・その他（ ）		
	●MR 種別	造影有り・造影無し・MRA・MRCP		
	部位	頭・頸・胸・上腹・下腹・頸椎・胸椎・腰椎・肩関節・肘関節・手関節・股関節・膝関節・足関節・上肢・下肢・胆管・膵管・その他（ ）		
	●超音波	上腹・下腹・乳腺・甲状腺・頸動脈・心臓・その他（ ）		
	●胃カメラ	●マンモグラフィー	●ABI	
	●ホルター心電図	●スリープテスト	●心エコー	
	●その他（ ）			
	<p>●CT 及び MRI 検査で、「造影あり、CTA（血管造影）、DIC-CT（胆嚢・胆道造影）」のいずれかを選択した場合、以下に必要事項を記入してください。</p> <p>① ヨードアレルギー あり・なし ② 重篤な甲状腺疾患 あり・なし</p> <p>③ 気管支喘息 あり・なし</p> <p>④ 血液検査データ □ 検査施行（ 年 月頃実施） □ 未検 BUN _____mg/dl Cr _____mg/dl T.bil _____mg/dl（DIC-CT の場合）</p> <p>⑤ 以下の薬剤を使用している場合はチェックしてください。 β遮断薬 ・ ビグアニド系薬剤 ・ インターロイキン2</p>			

※診療または入院のご紹介の場合は、必ず診療情報提供書を添付の上、FAX してください。