

①診療情報提供書(検査依頼書)

相模原赤十字病院宛

フリガナ				
患者様氏名				男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日(歳)
住所 〒	—			
TEL	()			
携帯	()			
身長	cm	体重	kg	

医療機関名 _____

TEL _____

担当医 _____

検査予約時間 年 月 日() 時 分 ~

検査サービスのご利用に伴い以下の必要事項にご記入をお願い致します。

検査項目 (チェック)	<input type="checkbox"/> 単純CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 高次脳機能検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ(トモシンセシス) <input checked="" type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(ABPI/PWV) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他()
部 位 (チェック) 【詳しい部位】	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> 関節(リウマチ評価) 【詳しい部位】 ()
現病歴 治療歴 検査所見 治療経過 検査目的 留意事項等	
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他()
糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dl) (検査当日の糖尿病薬剤の使用は避けてください)	現在状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
自立歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子	30分静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

連絡先 地域医療連携課 042-784-9717 (直通電話)

平日・開院土曜日 8:30~17:00

(FAX番号)042-784-2551

フリガナ

氏名

殿

相模原赤十字病院の

超音波検査を受けられる方へ

超音波により、体内の様子を画像として捉えることのできる検査です。体表にゼリーを塗り、その上から機器を当てて行います。超音波検査は苦痛の無い安全な検査ですので安心してお受け下さい。

1. 検査所要時間は約 20 分です。
2. 検査の内容や目的、病気の種類や他の検査との関係上によって、**時間が前後することがあります。**ご了承下さい。
3. 都合により来院できない時には、必ずご連絡下さい。

【腹部（胆のう・肝臓・すい臓・腎臓など）の検査の方】

- ・午前中の検査：検査当日、朝起きたら何も食べないでください。
ただし、コップ1杯程度の水は、飲んで構いません。
血圧・心臓の薬は、いつもどおり水で飲んで下さい。
- ・午後からの検査：検査当日午前8時までに軽い食事を済ませ（卵・牛乳は避ける）、それ以後は、何も食べないで下さい。

【乳腺・甲状腺・頸動脈・心臓の検査の方】

- ・当日の食事と薬は、通常通りで結構です。

【子宮・付属器・膀胱・前立腺の検査の方】

- ・当日の食事と薬は、通常通りで結構です。
- ・可能であれば水またはお茶 400~500ml を検査の 1 時間前に飲んで下さい。
- ・膀胱内に尿が溜まっていないと検査ができません。
検査時には、膀胱に尿を溜めておいて下さい。

相模原赤十字病院の検査のご案内

患者氏名 _____ 様

検査予約日時 令和 年 月 日 時 分

検査予約内容 _____

1. 検査当日20分前迄に、2階総合カウンターへお越し下さい。 (検査内容によって異なる場合があります。)

【来院時の持ち物】

- 1) 「相模原赤十字病院の検査のご案内」(この用紙)
- 2) 「診療情報提供書(検査依頼書)」
- 3) 「保険証」
- 4) 「診察券」(以前に当院受診されている方)

2. 都合が悪く来院できない場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

【連絡先】相模原赤十字病院 地域医療連携課

TEL: 042-784-9717 FAX: 042-784-2551