

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 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 checked="" 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

尿素呼気試験を受けられる方へ

胃の中のヘリコバクター・ピロリ菌感染を調べる検査です。
検査薬1錠を服用し、服用前後の呼気を集めて診断します。
苦痛が少なく簡単に行える、精度の高い診断法です。

1. 検査所要時間は、約30分です。
2. 検査の都合上、早めに来院されても予約時間までご案内することができませんのでご注意ください。
また、都合により検査時間が遅れることがありますが、あらかじめご了承ください。
3. ご都合により来院できない時には、必ずご連絡下さい。

【食事の制限・薬の内服について】

食事：

【検査前日の夜21時以降】何も食べないで下さい。水のみ可。

【当日・朝起きてから】何も食べないで下さい。水のみ可。

【検査の1時間前から】食べたり飲んだりできません。

薬：いつも飲んでいる薬は、飲んでも構いません。

ただし、糖尿病の薬は飲まないでください。

たばこ：検査当日は、禁煙をお薦めしています。

(喫煙する場合は、検査開始時間の30分前まで)

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