

# 検査依頼票

ご紹介医療機関

様

患者様のお名前／生年月日

様

明治 大正  
昭和 平成

年

月

日

検査日時

平成

年

月

日

午前・午後

時

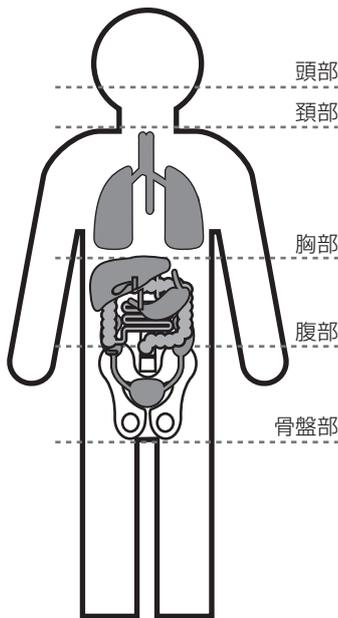
分

- 検査種別
- CT  MR  腹部超音波検査  上部内視鏡検査  脳波  ホルター心電図
- 心臓 CT  心臓超音波検査  トレッドミル  頸動脈超音波検査
- ABI/PWV 検査（動脈硬化度検査）

主治医の先生へ、以下の枠内の項目に必ず記載していただきますようお願いいたします。

\*この検査依頼票は、ご紹介状とともに封筒に入れて患者様へお渡しください。

◎現病歴（症状および各種検査所見）を簡単にお書きください。  
下記項目に☑にチェックしていただいても結構です。



- スクリーニング  腹痛  上腹部痛  下腹部痛
- 下痢  吐血  便潜血 (+)  目眩
- 頭痛  動悸  けいれん
- 血液検査異常値

◎ CT・MR 検査依頼の場合、必ず下記に記載をお願いいたします。

- 造影剤のアレルギーの有無  ない  ある（造影剤の種類）
- 喘息の有無  ない  ある（現在もあり・過去にあり）
- 造影検査の実施  造影検査を実施する  造影検査を実施しない
- クレアチニンの数値 ( ) mg/dl
- ブスコパンの可否  可  不可
- βブロッカーの可否（心臓 CT）  可  不可
- CT・MR 検査画像の提供方法  必要ない  CD-R 希望  フィルム希望

\*いずれかの一つをお願いいたします。

申し込み医のご署名