

検査外来利用申込書（診療情報提供書）

FAX 番号 097-586-6358

大分大学医学部附属病院

依頼したい検査をチェック願います。

年 月 日

検査外来		☐ 放射線検査（CT・MRI・核医学・PET-CT 検査・骨密度測定検査） ☐ 内視鏡検査 ☐ 循環器検査（心臓エコー・頸動脈エコー・経食道心エコー・ホルター心電図・脈波伝播速度（ABI/PWV）） ☐ 呼吸機能検査（スクリーニング・精密検査）		紹介元医療機関名	
検査予定日 年 月 日 (曜日)		検査時間 午前 午後 時 分		所在地	
大分大学医学部附属病院受診歴		(有 ・ 無)		TEL FAX 医師氏名	
検査目的（簡単に検査目的をお書きください）		保険情報（保険情報は保険証のコピーでも結構です）			
		保険者番号			
		記号番号			
通信欄		被保険者との続柄		本人・家族	
				負担割合 0・1・2・3 割	
身長	cm	体重	Kg	公費負担番号	第 1 公費
フリガナ				受給者番号	
患者氏名		男・女		公費負担番号	第 2 公費
				受給者番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			電話（自 宅） — —	
住 所	〒 —			（携帯番号） — —	
				（F A X） — —	
				（勤 務 先） — —	
検査外来の御利用に伴い、以下の必要項目にご記入をお願いいたします。					
検査項目に○印	C T 検査： 頭・頸部・胸部・腹部・骨盤腔・脊椎・上肢・下肢・その他 () 造影 (有・無)				
	M R I 検査： 頭・頭頸部・胸部・腹部・骨盤腔・脊椎・四肢関節・その他 () 造影 (有・無)				
	核医学検査： 骨・心筋（血流・交感神経機能・脂肪酸代謝）・脳血流・ガリウム・肺（血流・換気）腎・甲状腺・その他 ()				
	PET-CT 検査： 悪性腫瘍・てんかん				
	骨密度測定検査： 腰椎正面・腰椎＋大腿右・腰椎＋大腿左・その他 ()				
	上部消化管内視鏡検査： 生検希望 (有・無) 超音波内視鏡希望 (有・無) その他 ()				
	循環器検査： 心臓エコー ・ 頸動脈エコー ・ 経食道心エコー・24 時間ホルター心電図・脳波伝播速度(ABI/PWV)				
呼吸機能検査： スクリーニング・精密検査 (DLC0 含む) 感染症 (有・無)					
検査部位					
チェック項目		心臓ペースメーカー・体内金属・アレルギー歴 (有・無)・喘息・腎機能障害 (有・無)・感染症・妊娠			
診断名					
現病歴 治療経過 その他 注意事項					