

HITO病院 検査機器の共同利用 予約申込書

FAX受付時間：平日8：30～17：00 地域医療連携課FAX番号：0896-58-5350

診療情報提供書、MRIおよび造影検査の場合は問診票・同意書もあわせてFAXをお願いいたします。

※診療情報提供書は病院長(循環器内科 伊藤彰)宛てでお願いできれば幸いです。

※患者住所と連絡先は、診療情報提供書に記載あれば省略可。

フリカテ		紹介元医療機関名	
患者氏名	(男・女)		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	担当者	
住所	〒 -	FAX番号	
連絡先		<input type="checkbox"/> 患者様 待機中	<input type="checkbox"/> 患者様 帰宅
予約希望日	第1希望日 月 日 () 第2希望日 月 日 () 第3希望日 月 日 () (予約不可日：) ※基本的には午後13：30-16：00頃になります。必要時は午前検査、当日予約もご相談ください。		
報告希望	<input type="checkbox"/> FAX報告 (レポートのみ。通常の郵送による報告に加え早期に結果報告します) <input type="checkbox"/> エコー検査画像 (CD-R)		

ご希望の検査項目に☑をご記入ください。

生理機能検査

- 超音波検査 (□心臓)
- 超音波検査 (□頸動脈 □甲状腺 □腹部 □腎動脈 □下肢動脈 □下肢静脈)※同日1部位まで
- ホルター心電図 (□24時間 □7日間)
- ABI/CAVI (必要に応じてTBIを追加実施します)
- 呼吸機能検査 (VC/FVC)

画像検査

CT検査： □単純 造影 (□単純+門脈相 □単純+動脈相+門脈相)

■頭頸部 (□頭部 □副鼻腔 □眼窩 □顔面 □頸部)

■胸腹部 (□胸部 □腹部 □骨盤)

■DynamicCT (□肝臓 □脾臓 □腎臓) ※造影検査になります。

<整形外科領域> □右 □左 ※必ず左右の確認をお願いします。

■脊椎 (□頸椎 □胸椎 □腰椎 □全脊椎)

■上肢 (□肩 □上腕 □肘 □前腕 □手関節 □手)

■下肢 (□股関節 □大腿 □膝 □下腿 □足関節 □足 □踵骨)

□その他 ()

MRI検査： □単純 □造影

■頭部 (□頭部 (頸部MRAあり) □頭部 (頸部MRAなし) □眼窩)

■頸部 (□耳下腺 □副鼻腔 □咽頭部 □甲状腺)

■腹部 (□肝 □脾 □腎 □MRCP)

■骨盤 (□子宮 □卵巣 □膀胱 □前立腺)

<整形外科領域> □右 □左 ※必ず左右の確認をお願いします。

■脊椎 (□頸椎 □胸椎 □腰椎 □全脊椎)

■上肢 (□肩 □上腕 □肘 □前腕 □手関節 □手)

■下肢 (□股関節 □大腿 □膝 □下腿 □足関節 □足)

□その他 ()

■骨密度検査 (□腰椎 □腰椎+大腿骨 □腰椎+右人工骨頭 □腰椎+左人工骨頭)

□その他 ()

備考欄： その他ご希望がありましたらご記入ください。