診療情報提供書

名古屋市医師会健診センター宛

〈センター行〉

	ı								
予 約 日		年	月 日	∃ ()	午前・	午後	時	分
ふりがな						医療機関名	Z·医師名		
患者氏名					様				
生年月日	T S	H 年	月	日 男	・女				
患者住所									
TEL									
ご依頼の検査項目・部位に☑を入れ,左右は○で囲んで下さい。(MRIは1部位でお願い致します)									
☐ MRI村	查	□ 頭部	□ 副鼻		内耳	□眼窩□⊯#	□ 上腹□ 股関)
			€ □ 類性 5(右・左			□ 腰椎 (右・左	_	•)
☐ MRA	検査	□頭部	」			(4	,		,
(MRI禁忌) ・心臓ペースメーカー ・体内除細動器 ・人工内耳 ・妊娠の疑いがある方 ・閉所恐怖症の方									
(その他) ・人工弁 ・圧可変式シャント ・動脈瘤クリップ等体内留置金属は種類によりMRI禁忌のものがありますので,手術を受けられた医療機関にご確認下さい。									
□ CT検	査	□ 頭部	□ 副鼻	腔	」内耳	□頚	部 □胸	部	
□ 大腸CT検査									
□ 胸部X線単純撮影 □ 正面 □ 正面·側面 (撮影方向は 右→左 · 左→右)									
□ 胃部X線透視検査									
□ おおはなる □ ト度知エコ □ 心臓エコ □ 双動脈エコ									
□ 超音波検査□ 上腹部エコー□ 心臓エコー□ まゅん ○ 電図									
□ ホルター心電図□ 骨密度検査□ 肺機能検査									
□ する及例宜 □ 加機能例宜 □ マンモグラフィー (乳房X線撮影2方向)									
□									
□ 血圧脈波検査(CAVI·ABI) □ 睡眠時無呼吸症候群在宅検査									
□ その他 ()									
疑い病名,検査目的,既往歴,症状,経過など (できるだけわかりやすい日本語でお願いします)									