

診療情報提供書 (検査・栄養相談依頼書)

所沢市市民医療センター 担当医 宛

患者カナ氏名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
性別	男・女

依頼元医療機関名
医師名

【依頼目的】 検査目的や疾患名、希望事項等をご記入ください。

※検査依頼の場合は、検査項目に☑を入れ、指示等をご記入ください。

※栄養相談の場合は、疾患名に☑を入れ、身長と体重をご記入ください。特別に指導事項がある場合は、依頼目的の欄にご記入ください。

〈放射線検査〉 ※2020年7月よりフィルムレス運用になったため、画像の提供がCD-ROMのみになりました。

<input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> マンモグラフィ(女性技師が撮影します) <input type="checkbox"/> 一般撮影(部位:) <input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影(朝食は抜きです) 注射指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□フスコパン □ゲルゴン) <input type="checkbox"/> 骨密度測定検査(前腕骨)	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他()
---	---

造影検査の場合必ずご記入ください
血清クレアチニン値 (mg/dl)

※造影検査の注意事項
 ・昼食抜きで午後からの検査となります
 ・ビグアナイド系経口糖尿病薬を服用の場合は、検査当日より前後3日間の服用を中止してください

放射線科受付
☎ 04-2992-1170(直通)

〈臨床検査〉

<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 (朝食は抜きです。できれば尿を溜めてください。) <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 ※現在休止中 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図検査	臨床検査科受付 ☎ 04-2992-1172(直通)
--	-------------------------------

〈栄養相談〉

身体情報 身長()cm、体重()kg 指示栄養量 エネルギー()kcal 栄養素摂取比率(PFC) : : <input type="checkbox"/> たんぱく質(g) <input type="checkbox"/> 脂質(g) <input type="checkbox"/> 塩分相当量(g) <input type="checkbox"/> その他()	医事係受付 ☎ 04-2992-1152
指導食種 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 嚥下咀嚼機能低下(学会分類コード) <input type="checkbox"/> その他()	

※食事記録(可能であれば3日間分)を持参するようにご指示願います

予約電話受付時間 月～金曜日 8:30～17:00