

# 診療情報提供書 兼 放射線検査依頼書 (FAX用紙)

山中胃腸科病院地域連携室行き

貴医療機関名	紹介医師名
--------	-------

**\* 患者様基本情報**

フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	生年月日	T・S・H 年 月 日
	年齢	歳
住所	〒	電話番号

検査予約日時	平成	年	月	日	時	分
--------	----	---	---	---	---	---

**\* 検査依頼項目**

検査目的	傷病名、紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方 (詳しくご記入くださいます様、宜しくお願ひ致します)
------	---

検査項目; 以下の項目にチェックをお願いします。

生理検査	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル心電図 <input type="checkbox"/> マスター心電図 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波伝播速度測定(ABI) <input type="checkbox"/> 眼底カメラ <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査
血液検査	血液検査依頼の場合は下記の血液検査項目にチェックをお願いします。
尿検査	<input type="checkbox"/> 検尿一般 <input type="checkbox"/> 尿沈渣 <input type="checkbox"/> 尿アミラーゼ <input type="checkbox"/> 尿クレアチン <input type="checkbox"/> 尿蛋白定量 <input type="checkbox"/> 尿糖定量

※トレッドミルは月・水曜日の14:00~16:00の予約となります。

**血液検査項目**

生化学	甲状腺項目	血液学的検査
<input type="checkbox"/> 総蛋白	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> 末梢血液一般検査
<input type="checkbox"/> アルブミン	<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> 血液像(キカイ法)
<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> FT3	<input type="checkbox"/> 血液像(目視法)
<input type="checkbox"/> 直ビリルビン	<b>腫瘍マーカー</b>	<input type="checkbox"/> 網状赤血球
<input type="checkbox"/> クンケル	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> 血液型
<input type="checkbox"/> AST(GOT)	<input type="checkbox"/> CA19-9	<b>凝固検査</b>
<input type="checkbox"/> ALT(GPT)	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> 出血時間
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> PSA-タンデム	<input type="checkbox"/> 凝固時間
<input type="checkbox"/> LD	<input type="checkbox"/> シフラ	<input type="checkbox"/> PT
<input type="checkbox"/> ALP	<b>アレルギー</b>	<b>心筋梗塞マーカー</b>
<input type="checkbox"/> γ-GT	<input type="checkbox"/> 血清総IgE	<input type="checkbox"/> トロポニンT(定性)
<input type="checkbox"/> コリンエステラーゼ	<b>糖関連項目</b>	<input type="checkbox"/> ラピチェック
<input type="checkbox"/> 血清総アミラーゼ	<input type="checkbox"/> 血糖	
<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビンA1c	
<input type="checkbox"/> 尿素窒素	<input type="checkbox"/> インスリン	
<input type="checkbox"/> 尿酸	※検査データは一週間前後で紹介元医療機関にお送りいたします。	
<input type="checkbox"/> 中性脂肪	医療法人社団 山中胃腸科病院 地域医療連携室 TEL:059-347-1018 FAX:059-346-5865	
<input type="checkbox"/> 総コレステロール		
<input type="checkbox"/> HDLコレステロール		
<input type="checkbox"/> LDLコレステロール	<b>貧血項目</b>	
	<input type="checkbox"/> Na	
	<input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> CL	
	<input type="checkbox"/> Ca	
	<input type="checkbox"/> IP	
	<input type="checkbox"/> 血中アンモニア	
	<b>感染症</b>	
	<input type="checkbox"/> HCV抗体(定性)	
	<input type="checkbox"/> HBs抗原(定性)	
	<input type="checkbox"/> TPHA(定性)	
	<b>炎症項目</b>	
	<input type="checkbox"/> CRP(定量)	
	<input type="checkbox"/> RF(定量)	
	<input type="checkbox"/> 赤沈	
	<input type="checkbox"/> マイオプラズマ抗体(定性)	
	<input type="checkbox"/> カンジテック	
	<b>貧血項目</b>	
	<input type="checkbox"/> 血清鉄	
	<input type="checkbox"/> TIBC	
	<input type="checkbox"/> フェリチン	