



医療機器共同利用申込書

日進おりど病院長 宛

施設名:

医師名:

印

下記の患者について、医療機器共同利用を申し込みます。

なお、検査時、患者に対する緊急処置が必要となった場合は、貴院の対応に一任します。

ふりがな		生年月日	性別
患者名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 男 ☐ 女
検査日時	年 月 日 時～		
検査内容	☐ 超音波検査 ☐ 腹部 ☐ 肝硬度測定希望あり ☐ 心臓 胸部レントゲン: ☐ 持参・ ☐ 当院で実施 心電図: ☐ 持参・ ☐ 当院で実施 ☐ 頸動脈 ☐ 下肢静脈 ☐ 甲状腺 ☐ 脳波検査 ☐ 肺機能検査 ☐ 負荷心電図 ☐ シングル・ ☐ ダブル・ ☐ トリプル ☐ ホルター心電図 ☐ 神経伝導検査(DPNチェック) ☐ 血圧脈波検査(ABI・baPWV)		
臨床診断 検査目的 検査要望及び 具体的指示など			
患者の状況	※手術歴や注意すべき点などありましたらご記入ください。		
注意事項	・超音波検査の場合は、タオルを1枚持参ください。 ・腹部超音波検査の場合のみ、検査3時間前は絶飲食でお越しください。 ・脳波検査は、一時間ほど安静状態にて検査を行います。 ・検査手技の参考にいたしますので、検査目的・指示内容などではできる限り詳細にご記入願います。 ・検査開始30分前までに受付を済まされるようご案内申し上げます。 ・都合により検査が受けられなくなった場合には、ご連絡お願いいたします。 ・結果報告について:エコー・脳波・ホルター心電図は、CD-Rで報告します。 肺機能、負荷心電図、ABI、DPNは、専用結果用紙で報告します。		



医療法人 大医会 日進おりど病院

TEL (0561) 73-7771

FAX (0561) 73-6159