

紹介患者様用

# 【腹部エコー・脳波・骨塩定量】受託検査申込書

来院時間(当院記入)

時	分
---	---

検査希望日	第1希望	令和 年 月 日 ( 曜日)	検査科への電話連絡
	第2希望	令和 年 月 日 ( 曜日)	済 ・ 未

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 - TEL ( )		

ご希望の検査をチェックの上、各項目の記入と注意事項の確認をお願いします。

## 腹部エコー検査(月～木曜日午前)

検査目的・臨床所見等記入願います。

### ※注意事項※

- ①絶食等のご指導をお願いいたします。
  - 前日21時以降絶食
  - 飲水は水のみ可
  - 血圧、心臓、精神科薬内服中の方は当日朝7時までに内服
- ②検査は超音波検査士(消化器領域)が行います。したがって、検査結果はすべて所見として報告いたします。患者様に対する説明責任は全て依頼した医師が負うものといたします。

## 脳波検査(月・火・木・金の午後1時)

検査目的・臨床所見等記入願います。

※薬物による睡眠検査をご希望の場合は、使用量の記載をお願いします  
(当院で使用する薬剤はトリクロロールシロップのみです)

## 骨塩定量検査

紹介元医療機関名	TEL ( ) / FAX ( )
紹介医師名	

### ◆お願い◆

検査伝票をご記入いただいている場合、検査申込書とともに事前にFAXをお願いします。

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1  
TEL 0197-25-3833(内線 257)  
FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)

(R2.09)