#### 受託検査依頼書 (診療情報提供書) ※ご依頼元医療機関名 宛先 みなとみらいメディカルスクエア 宛 **∓**220-0012 横浜市西区みなとみらい3-6-3 ※医師ご氏名 MMパークビル2階 ファックス (外来受付) 045 - 228 - 2003※電話 電話(外来受付直通) 045 - 228 - 2001**X**FAX 明治・大正・昭和・平成 ※フリガナ **※** 生年月日 男 女 性別 患者様氏名 年 月 日 住 所 連絡先 (自宅: ※検査予約日時 平成 曜日 年 月 日 午後 時 分 ※検査項目 ※確認事項 ※撮影部位 □ 単純 MRI □ペースメーカー等の装着無し □頭部 □頸椎 □腰椎 □骨盤 □その他( □ 単純 CT □頭部 □胸部 □腹部 □骨盤 □その他( クレアチニン値( ) mg/dl )ml/min/1.73㎡ □頭部 □胸部 □腹部 □骨盤 □その他( □ 造影 MRI ) eGFR値( 体重 kg □ 造影 CT 検査日: アレルギー歴 (有・無) □ マンモグラフィー □乳房に挿入物無し □超音波検査 □腹部 □甲状腺 □乳腺 □心臓 □頸動脈 □ ホルター心電図 | ※検査日については、要相談 □キシロカインアレルギー無し □ 上部内視鏡検査 希望しない · CD-R · フィルム ・ プリント(内視鏡) 検査画像希望 臨床診断

臨床経過

○現病歴

○臨床症状等

# 受託検査依頼書 (患者様控え)

検査予約	日時	平成	年	月	日	曜日	午後		時			分
フリガナ						明治・大正	· 昭和 ·	・平成				
患者様氏名					生年月日	年	月	日	性別	男	•	女

## 【検査当日のお願い】

#### ☆検査当日にご持参頂くもの

- ① 健康保険証
- ② 主治医からお預かりした、受託検査依頼書(診療情報提供書)
- ③ 検査で必要となる問診票と同意書、内服している方はお薬手帳

### ☆検査に当たってのご注意

- ① 造影検査及び腹部CT検査、腹部超音波検査、胃内視鏡検査をお受けになる場合には、 『昼食』は召し上がらないでご来院下さい。
- ② 予約時間の30分前にはご来院下さい。
- ③ 当院では検査結果の説明はしておりません。主治医から説明をお受け頂きます様お願い致します。
- ④ 検査結果は、1週間以内に主治医へ送付致します。

#### ACCESS 交通手段



〒220-0012

横浜市西区みなとみらい3-6-3 MMパークビル2F 医療法人社団 相和会

# みなとみらいメディカルスクエア

TEL 045-228-2001(外来受付直通) FAX 045-228-2003

- みなとみらい線 みなとみらい駅 [4番:国際大通り口]を出たらスグ
- JR・横浜市営地下鉄 桜木町駅より徒歩15分 公共機関でのご利用をお願い致します。