

香川県済生会病院 検査依頼書

年 月 日

地域連携室直通

FAX : 087-868-9563

紹介元医療機関

医師名

電話番号

FAX番号

ふりがな 患者氏名	生年月日 大・昭 平・令 年 月 日	性別 男 ・ 女
住所 〒 -	電話番号	
診療科 科	希望医師 医師	
検査希望日		
① 年 月 日 () AM ・ PM		
② 年 月 日 () AM ・ PM		
検査項目		
<input type="checkbox"/> 上部内視鏡:抗血小板薬・抗凝固剤の有無 : 有(薬剤名) ・ 無		
<input type="checkbox"/> 下部内視鏡:抗血小板薬・抗凝固剤の有無 : 有(薬剤名) ・ 無		
<input type="checkbox"/> 単純CT 部位()		
<input type="checkbox"/> 単純MRI 部位()		
<input type="checkbox"/> 造影CT※部位()		
<input type="checkbox"/> 造影MRI※部位()		
※造影検査問診票、血液検査データ(腎機能必須)、内服薬情報を併せて送付して下さい。		
経過及び検査目的	可能でしたら紹介状を添付していただくようお願いいたします。	
新型コロナ対策		
①2週間以内に県外への訪問歴	あり(都道府県名) ・ なし	
②2週間以内に県外への訪問歴がある人との濃厚接触歴	あり(都道府県名) ・ なし	
③発熱(37.5℃以上)の状況	あり(°C) ・ なし	
④味覚・嗅覚異常について	あり ・ なし	

- ご紹介ありがとうございます。確認いたしましたら、FAXにてご連絡させていただきます。
○当日の予約はお取りすることができません。地域連携室までお問い合わせ下さい。
○検査結果は後日郵送させていただきます。

お問い合わせ先:香川県済生会病院 地域連携室 TEL087-868-9569(直通)
受付時間:8:30~16:00(月~金) 休診日:土・日・祝祭日・年末年始
時間外の場合は、翌日の返信になりますのでご了承ください。