

済生会横浜市東部病院 消化器センター

(医療機関専用予約外来) 膵臓外来 紹介状 兼 申込書

太枠内をすべて記入し FAX 送信して頂けますようお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に1階インフォメーションにお越し頂けますようお願いいたします。

予約日時 月 日 (月・水) :

↑電話でお申込み頂いた際にお伝えした日時をご記入下さい。

当院受診歴: 無 有 不明

東部病院 ID :

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名 漢字表記 カナ表記
生年月日 電話番号 自宅 その他
住所 〒 年齢 歳 性別 男性 女性
保険区分 健康保険 公費 12 自賠 その他 ()
病名・症状 (主訴) MRCP 撮影のために患者さんの状況を教えてください。
原因不明の腹痛・食欲不振・背部痛・体重減少・黄疸等の症状
糖尿病の悪化、突然の糖尿病発症
慢性膵炎
血液検査異常: (アミラーゼ、CA19-9、CEA、肝機能、その他 ())
画像検査異常 (膵管拡張、膵のう胞、胆管拡張、膵石、その他 ())
その他 ()
体重 kg 手術歴 なし あり → 手術名 ()
心臓ペースメーカー なし あり → MRCP 不可
脳動脈クリップ なし あり → チタン以外撮影不可
体内の金属 なし あり → 部位 ()
人工心臓弁 なし あり
人工関節 なし あり → チタン製 その他 ()
妊娠の可能性 なし あり → () 週 → 週数により撮影不可
刺青 / 授乳の有無 なし あり / なし あり → 検査薬の服用不可
現病歴 (経過)
膵臓家族歴 有 無 不明
現在の処方・その他

MRCP オーダー

当日の飲食は来院 3 時間前までに、済ませいただきますようお願い致します。 *こちらの申込書はホームページよりダウンロードしてもご利用頂けます。