

膵臓超音波検査 申込書 兼 紹介状

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくさせていただきますようお願いいたします。

患者様へのご注意事項(下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いいたします)

- 予約日時の10分前に当申込書をご持参のうえ、1階「インフォメーションカウンター」受付にお越しください。
- 当日のお食事(乳製品、カフェイン含む)はお控えください。
- お薬服用時以外での水分摂取もお控えください。

予約日時 月 日 :

↑電話でお申し込みいただ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

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	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦	電話番号	自宅 その他
住所	〒		年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他 ()		
膵癌危険因子に当てはまる項目に☑をしてください			
<input type="checkbox"/> 膵癌の家族歴 <input type="checkbox"/> 慢性膵炎 <input type="checkbox"/> 膵嚢胞 <input type="checkbox"/> IPMN <input type="checkbox"/> 糖尿病(新規、または急性増悪)			
患者さんの状況を教えてください			
身長	cm	体重	kg
膵臓超音波検査の受診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目以降		
MRCP検査受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
現病歴(経過)			
腹部手術歴	<input type="checkbox"/> 有(手術名:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
現在の処方・その他			