

膵臓外来 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します。

患者さんへのご注意事項(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。
- 当日の飲食は来院3時間前までにお済ませください。

予約日時 月 日 (月・水) :

↑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 年 月 日	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 ()		
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。	
<input type="checkbox"/> 原因不明の腹痛・食欲不振・背部痛・体重減少・黄疸等の症状		体重 _____ kg	<input type="checkbox"/> 手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→手術名 ()
<input type="checkbox"/> 糖尿病の悪化、突然の糖尿病発症		心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→MRCP不可
<input type="checkbox"/> 慢性膵炎		脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→チタン以外撮影不可
<input type="checkbox"/> 血液検査異常：(アミラーゼ、CA19-9、CEA 肝機能、その他 ())		体内の金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→部位 ()
<input type="checkbox"/> 画像検査異常：(膵管拡張、膵のう胞、胆管拡張、 膵石、その他 ())		人工心臓弁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> その他 ()		人工関節	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→チタン製 <input type="checkbox"/> その他 ()
		妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→() 週⇒週数により撮影不可
		刺青	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒検査薬の服用不可
現病歴(経過)			
		膵癌家族歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
現在の処方・その他			
画像出力方法		<input type="checkbox"/> CD-ROM	<input type="checkbox"/> フィルム