

京都民医連あすかい病院 検査入院依頼書
「地域無床医療機関用」

患者名 () 生年月日 (年 月 日) 性別 (男・女)
 患者宅住所 ()
 患者宅電話番号 ()
 依頼元 () 記入者 ()

検査入院申込日	年 月 日 ※入院日ではなく申込日です
検査の主な目的	
依頼検査内容	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査目的入院における検査項目 (月～木の4日間入院) ・希望内視鏡 (<input type="checkbox"/> 上部消化管 or <input type="checkbox"/> 下部消化管) ・血液検査 (血算、生化学、CRP、HbA1c、BNP)、検尿 ・胸部X P、胸部C T検査 ・心電図、エコー検査 (心臓・腹部)、ホルター心電図
	<input type="checkbox"/> 頭部・内科疾患スクリーニング目的入院における検査項目 (月～水の3日間入院) ・血液検査 (血算、生化学、CRP、HbA1c、BNP)、検尿 ・胸部X P、C T検査 (頭部・胸部) ・心電図、エコー検査 (心臓・腹部)、ホルター心電図
	<input type="checkbox"/> 嚥下機能評価入院における検査項目 (月～木の4日間入院) ・血液検査 (血算、生化学、CRP、HbA1c、BNP)、検尿 ・胸部X P、C T検査 (頭部・胸部) ・心電図、エコー検査 (心臓・腹部) ・嚥下機能評価 (嚥下造影 or 内視鏡、言語聴覚療法士評価)
検査実施可能条件	・座位姿勢の保持 (可 ・ 不可) ・指示の理解 (可 ・ 不可) ※嚥下指示など ・下部消化管内視鏡検査の場合：2リットルの下剤の服用 (可 ・ 不可) ・心臓ペースメーカー (有 ・ 無) ※有の場合 (種類： 設定レート：) ・体内金属物 (有 ・ 無) ※有の場合 (種類：) ・入れ墨 (有 ・ 無)
備考	【入退院日の設定に関して何か調整・希望事項があればご記入下さい】
	【その他、連絡事項があればご記入下さい】