

診療情報提供書(検査)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

医療機関の

戸塚共立第2病院

所在地及び名称

電話番号

当院受診歴 (有 ・ 無)

担当医師名

ふりがな	性 別 男 ・ 女
氏 名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号 ()	
紹介目的 希望検査名 (必要な項目を で囲んでください)	
) MRI 検査部位 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ M R C P 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 股関節 ・ 四肢 () MRA (頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 下肢) 撮影方法 plain ・ CEのみ ・ plain+CE ・ Dynamic	
依頼医師チェック項目 (あてはまる項目に をつけてください) ペースメーカー 脳動脈瘤クリップ 体内埋込み金属 () 気管支喘息 義眼 ・ 義歯 感染症 (* 読影 (有 ・ 無)	
) CT 検査部位 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 四肢 () 撮影方法 plain ・ CEのみ ・ plain+CE ・ Dynamic * 読影 (有 ・ 無)	
) 検査 超音波 (エコー) 腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾 ・ 腎) ・ 心臓 ・ 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 乳房 その他 () 心電図 ・ ホルター心電図 ・ トレッドミル 肺機能検査 ・ 脳波	
) 消化器検査 内視鏡 (上部 ・ 下部) ・ 注腸 ・ 胃透視 感染症の有無 (梅毒脂質抗原 梅毒 T P 定性 H B H C V)	
既往歴 緑内障 心臓病 前立腺肥大 高血圧 糖尿病 喘息	
検査目的と臨床情報	
傷病名	
現在の処方	

備考 必要がある場合はフィルム検査記録を添付してください。

画像診断フィルム 心電図 検査結果 その他