

検査依頼状 (診療情報提供書)

①紹介先医療機関控

FAX送信用

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

戸塚共立第2病院

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

担当医師

当院受診歴 (有・無)

予約日時 月 日 () 午前・午後 :

公費負担者番号		保険者番号	
受給者番号		記号・番号	
老人医療負担者割合	(1割 ・ 2割)	資格取得日	年 月 日
※保険証のコピーでも結構です。		被保険者との続柄	(本人 ・ 家族)

フリガナ		生年月日	
患者氏名	(男・女)	M・T・S・H	年 月 日 (歳)
住所		TEL	()

検査名・部位・撮影方法を下記項目から選択し○で囲んでください

MRI検査	頭部+MRA・頭部・内耳道・胸部・腹部・骨盤・股関節・MRCP・脊椎() 四肢()・MRA(頭部・頸部・胸部・腹部・下肢)・心臓(冠動脈・心筋)		
CT検査	部位() 詳細指示		
撮影方法	Plain・CEのみ・Plain+CE・Dynamic	画像 <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム	渡し <input type="checkbox"/> 患者様渡し <input type="checkbox"/> 読影結果と一緒に
放射線検査	胃透視・注腸・骨塩定量・XP()		
検査	超音波(エコー) 腹部(一般・泌尿器系・婦人科系)・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・ABI・肺機能検査・脳波・循環器セット		
消化器検査	内視鏡(上部・下部) ※経鼻内視鏡 可(要相談)		

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 体内埋め込み金属() 義歯 義眼
 感染症 (梅毒脂質抗原(+ -) 梅毒TP定性(+ -) HB(+ -) HCV(+ -)) 未検
 既往歴 緑内障 心臓病 前立腺肥大 高血圧 糖尿病 喘息

傷病名

検査項目と臨床情報

現在の処方