

# 検査依頼状 (診療情報提供書)

FAX送信用

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

当院受診歴 (有・無)

予約日時 月 日 ( ) 午前・午後 :

担当医師

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