

検査依頼状(診療情報提供書)

FAX送信用

西暦 年 月 日

紹介先医療機関名

よこすか浦賀病院

紹介元医療機関

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 ・ R	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て○で囲んでください

MRI検査	頭部・内耳道・頸部・胸部・腹部・MRCP・頸椎・胸椎・腰椎・股関節 肝胆膵スクリーニング 四肢()・MRA(頭部・頸部・胸部・腹部)
CT検査	部位() * CT/MR造影検査は6ヵ月以内のクレアチニン数値をお知らせください (Cr)
撮影方法	Plain ・ CE ・ Dynamic 同意書 別紙記入 読影 □あり □なし
骨密度測定	骨塩定量
検査	超音波(エコー) □心臓 ・ □頸動脈 心電図 ・ ホルター心電図 ・ ABI ・ 肺機能検査 ・ テレッドミル
消化器検査	内視鏡(上部 ・ 下部) ・ 胃透視 ・ 注腸 □ 中止薬剤及び中止期間 薬剤名【 】 中止期間 / ~ / 薬剤名【 】 中止期間 / ~ /

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
既往歴 □ 緑内障 □ 心臓病 □ 前立腺肥大 □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 喘息 □ 腎機能障害
感染症 □ なし □ あり(梅毒脂質抗原 梅毒TP定性 HB HCV) □ 未検

傷病名

検査項目と臨床情報

現在の処方