

検査依頼書 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関
 生駒市立病院
 紹介科
 担当医

紹介元医療機関
 所在地
 名称
 電話番号
 Fax 番号
 医師氏名

受診歴の無い方は以下の記入をお願いします

保険者									
公費									
被保険者									
続柄									
資格取得日									
老人一部負担金	無 有								

ふりがな 患者様 氏名		男 女	患者の 状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> スリッパ
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日生 歳			
住所				
希望日時	第1希望 月 日 曜日 時 第2希望 月 日 曜日 時	本日中 2、3日 普通		都合が悪い日

の一つに印をつけ、() 内の部位を一つお選びください

検査依頼項目	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳幹部 <input type="checkbox"/> 顔, 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸, 胸, 腰, 仙) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝胆膵脾 <input type="checkbox"/> 腎副腎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 肩(右, 左) <input type="checkbox"/> 膝(右, 左) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> VSRAD	内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸
	CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 脳(特に) <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈(胸, 腹) <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> 四肢(部位) <input type="checkbox"/> その他()	超音波 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他表在() <input type="checkbox"/> 末梢血管 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腎血流
		心電図 <input type="checkbox"/> 24時間心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> マスタ-(T, D, S)
		肺機能 <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> FVC
		ABI <input type="checkbox"/> 動脈 <input type="checkbox"/> 静脈
	単純(CR) <input type="checkbox"/> 部位() 撮影方向()	<input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 聴力() <input type="checkbox"/> 脳波

診療情報提供	紹介目的	検査
	傷病名/既往歴 家族歴、職業歴	
	症状経過及び 検査結果	
	治療経過	
	現在の処方 /備考	