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	紹介元医療機関
生駒市立病院 紹介科　　科 担当医　　殿	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	年　月　日							
老人一部負担金	無　有							

ふりがな 患者様氏名	男 女 様	患者様の状態	□ 歩行可 □車いす □ ストレッチャー
生年月日	（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	貴院待機中□ ／ 院外□	都合の悪い日

□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　□単純　□造影 採血　月　日 eGFR(　)
□脳+MRA　□VSRAD　□顔面　□頚部
□頚部血管　□MRCP(ボースデル使用：有り or 無し)
□脊髄（頚椎）　□脊髄（胸椎）　□脊髄（腰椎）
□みぎ肩　□ひだり肩　□みぎ膝　□ひだり膝　□股関節
□乳腺　□その他（　）

CT　□単純　□造影 採血　月　日 eGFR(　)
□脳　□顔面　□頚部　□胸部
□腹部全体（肝～骨盤）　□上腹部（肝～腎）　□骨盤
□大動脈（胸腹部）　□大動脈（胸部）　□大動脈（腹部）
□四肢（部位　）
□その他（　）

□骨密度検査

□単純(DR)　□部位(　)　撮影方向(　)

内視鏡　□胃　□大腸

超音波　□心臓　□腹部　□甲状腺　□乳腺
□その他表在（　）
□末梢血管（□動脈　□静脈）
□頚動脈　□腎血流

心電図　□24時間心電図
□トレッドミル
□ホルター心電図

肺機能
□VC　□FVC

□ABI

□検体検査

□聴力(簡易)

□脳波(測定のみ・所見不可)

□DPN　□SAS（簡易）

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	

生駒市立病院　地域医療連携室 受付時間　平日 9 時～17 時　Fax は 24 時間稼動です。即日対応は 17 時到着分までです。休みは土曜午後・日曜・祝日・12 月 31 日～1 月 3 日　Tel 0743-72-1723　Fax 0743-72-1738