

診察・検査予約申込書兼診療情報提供書

年 月 日

| | | | | |
|------|--------|--|-----|---|
| ご依頼者 | 医療機関名 | | 医師名 | ⑩ |
| | 医療機関住所 | | 電話 | |
| | | | FAX | |

| | | | | |
|------|----------|---|--------|-------------|
| 患者情報 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 男 女 | 年 月 日 (満 才) |
| | 住所 | (〒 -) | 電話番号 | |
| | 来院方法(予測) | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | |

| | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| 主訴又は病名 | | | | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 診察(科 医師) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 栄養指導 | | | |
| 診察・検査希望日 | 月 日 () 時 分 <input type="checkbox"/> 特になし | | | |

| | | | | | |
|------|-------|--|--|--|--|
| 検査申込 | X線 | <input type="checkbox"/> 胸部X線 (正面・右・左) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> CT 単純 造影 (部位) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> MRI 単純 造影 (部位) | | | |
| | 内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 抗凝固剤・抗血小板剤の服用 : 有 / 無 緑内障 : 有 (開放性緑内障・閉塞隅角緑内障) / 無 / 不明 ※下部消化管検査は基本的にセデーションにて施行させていただきます 不要の場合は右記に印をお付け下さい <input type="checkbox"/> セデーション不要 | | | |
| | | 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 | | |
| | 循環器検査 | <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ABI | | | |
| | その他 | <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 (<input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> FVC <input type="checkbox"/> MVV) <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 (検査後、当院で結果説明) | | | |

画像出力 CD-ROM フィルム 不要診断結果 要 不要

※その他の検査につきましては、ご相談ください

| | |
|--------------|--|
| 病状経過 検査報告 | |
| 現在の処方 | |