

# 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	年 月 日 (満 才)	
			女		
	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"/> 肝硬度 ) <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺		
	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"/> 尿素呼気試験 ( 検査後、当院で結果説明 )				
画像出力	<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要				
診断結果	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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					